



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

**Aktualisierung und Erweiterung  
des QS-Verfahrens  
*Versorgung von volljährigen Patienten  
und Patientinnen mit Schizophrenie,  
schizotypen und wahnhaften Störungen***

Kurzbericht zur Prüfung und Anpassung des Indikatorensets  
auf Basis der neuen S3-Leitlinie Schizophrenie

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Juli 2019

---

# Impressum

**Thema:**

Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Kurzbericht zur Prüfung und Anpassung des Indikatorensets auf Basis der neuen S3-Leitlinie Schizophrenie

**Ansprechpartnerin:**

Fanny Schoeler-Rädke

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

17. Januar 2019

**Datum der Abgabe:**

31. Juli 2019

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0  
Telefax: (030) 58 58 26-999

[info@iqtig.org](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	6
Zusammenfassung .....	8
1 Beauftragung.....	12
2 Die neue S3-Leitlinie Schizophrenie .....	13
3 Behandlungsepisoden und Krankheitsepisoden in der Schizophrenie und ihre Nutzbarkeit in einem QS-Verfahren .....	14
4 Methodisches Vorgehen .....	18
5 Ergebnisse .....	21
5.1 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“ .....	22
5.2 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“ .....	24
5.3 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“ .....	25
5.4 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“ .....	28
5.5 Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“ .....	28
5.6 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“ .....	29
5.7 Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“ .....	29
5.8 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“ .....	30
5.9 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ .....	31
6 Qualität auf Systemebene .....	32
6.1 Besonderheiten der Systemqualität .....	33
6.1.1 Regionaler Bezug.....	33
6.1.2 Verantwortungszuschreibung von Ergebnissen.....	35
6.1.3 Handlungsebenen .....	35
6.2 Darstellung der Versorgungsqualität anhand von Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen der Systemebene .....	37
6.2.1 Exkurs zu Kennzahlen .....	37
6.2.2 Änderungen am Qualitätsindikator „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“ .....	40
6.2.3 Änderungen am Qualitätsindikator „Soziotherapie (Systemindikator)“ .....	41

6.2.4	Einführung des neuen Qualitätsindikators „Ambulante psychiatrische Pflege (APP)“ .....	42
6.2.5	Aufwand-Nutzen-Abwägung für Indikatoren auf Systemebene .....	43
6.2.6	Zurückgestellte Qualitätsindikatoren zur Systemqualität.....	44
6.2.7	Exkurs über verschiedene Modelle zur komplexen ambulanten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland .....	45
6.3	Auswertungskonzept .....	47
6.3.1	Auswertung .....	47
6.3.2	Handlungsanschlüsse .....	48
6.3.3	Folgen für den Datenfluss .....	48
6.4	Berichtskonzept .....	49
6.4.1	Berichterstattung zur Systemqualität an den G-BA .....	50
6.4.2	Systemqualitätsinhalte der Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer	50
7	Überblick über die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen .....	51
8	Fazit .....	57
	Literatur.....	58

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Antipsychotische Therapie bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie oder schizoaffectiver Störung.....	26
Tabelle 2: Indikatoren und Transparenzkennzahlen zur Systemqualität.....	38
Tabelle 3: Entwickelte Indikatoren zur Systemqualität, die vom G-BA im Auftrag vom 17. Januar 2019 zurückgestellt wurden.....	39
Tabelle 4: Übersicht der QIs mit den jeweiligen Kennzahlen .....	51

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prozessablauf der Generierung der Qualitätsmerkmale.....	19
Abbildung 2: Serielles Datenflussmodell für die QS-Daten aus der kollektivvertraglichen Versorgung.....	49

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
APP	ambulante psychiatrische Pflege
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BHTG	Bundesteilhabegesetz
DAS-KK	Datenannahmestelle(n) für die Krankenkassen
DAS-KV	Datenannahmestellen der Kassenärztlichen Vereinigung
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GOP	Gebührenordnungsposition
HoNOS	Health of the Nation Outcome Scales
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification
ICD-10-WHO	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision (englischsprachige Version der World Health Organization)
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IV	integrierte Versorgung
KK	Krankenkasse
KVT	kognitive Verhaltenstherapie
MKT	Metakognitives Training
NPPV	Neuro-Psychiatrische und Psychotherapeutische Versorgung
NWpG	Netzwerk psychische Gesundheit

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz(en)
PIBB	Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS-Verfahren	Qualitätssicherungsverfahren
RL	Richtlinie
ROR	Raumordnungsregion
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)

# Zusammenfassung

## Hintergrund und Beauftragung

Das IQTIG wurde am 17. Januar 2019 mit der Durchführung einer Machbarkeitsprüfung für ein Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* beauftragt. Dieser wurde aufgrund der am 15. März 2019 veröffentlichten neuen S3-Leitlinie Schizophrenie eine Überprüfung und Aktualisierung des Indikatorensets vorangestellt, zu welcher der vorliegende Kurzbericht verfasst wurde. Den Zielen der vollständig überarbeiteten Leitlinie entsprechend fand die Aktualisierung des Indikatorensets unter dem Aspekt der patientenzentrierten und sektorenübergreifenden Versorgung statt und wurde zudem unter Einbeziehung der erst im Mai 2019 abschließend veröffentlichten und inhaltlich eng mit der Schizophreniebehandlung verbundenen S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ und sowie der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ von 2018 vorgenommen. Der Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses beinhaltet darüber hinaus eine Prüfung der Definition von Behandlungsepisoden im Rahmen der Schizophrenie und der Frage ihres möglichen Einbezugs in das QS-Verfahren. Zudem sollten die Operationalisierung einer Reihe von Indikatoren geschärft und die entsprechenden Referenzbereiche überprüft werden. Schließlich sollte für die Systemindikatoren auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen ein Auswertungs- und Berichtskonzept erarbeitet werden.

## Methodisches Vorgehen

Analog zum methodischen Vorgehen bei der ursprünglichen Indikatorenentwicklung (vgl. Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017) wurden die drei in die Aktualisierung eingeschlossenen Leitlinien zunächst bewertet und die relevanten Empfehlungen extrahiert. Im Anschluss wurden aus den in den Leitlinien neu formulierten Qualitätsanforderungen für die verfahrensspezifischen Qualitätsaspekte neue Qualitätsmerkmale generiert. Diese wurden gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG, insbesondere hinsichtlich ihres Zusammenhangs mit den Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells, ihrer Verbesserungspotenziale und der Zuschreibbarkeit der Verantwortung zu den Leistungserbringern geprüft und, falls als neue Indikatoren geeignet, operationalisiert. Zudem wurde die Operationalisierung der im Auftrag angesprochenen Indikatoren des Abschlussberichts vom 22. Dezember 2017 hinsichtlich der spezifischen und erweiterten Abbildung der Qualitätsziele optimiert und für die Systemindikatoren auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen ein Auswertungs- und Berichtskonzept mit möglichen Handlungsanschlüssen entwickelt.

Im Rahmen der Aktualisierung des Indikatorensets wurde das IQTIG während zweier Treffen, am 12. April 2019 und am 6. Juni 2019, durch das Expertengremium beraten, das auch in die bisherigen Entwicklungen einbezogen war.

## Ergebnisse

Die Schizophrenie stellt eine das gesamte psychosoziale Leben der Patientin / des Patienten verändernde, chronische, nicht heilbare Erkrankung dar. Anders als in manchen somatischen Versorgungsbereichen kann die Qualitätssicherung daher in der Behandlung der Schizophrenie keine zu definierten Endzeitpunkten einer Behandlungsepisode (z. B. Entlassung aus dem Krankenhaus) für alle Betroffenen gültige Ergebnisqualität einfordern. Behandlungs- und Krankheitsepisoden lassen sich in den heute wissenschaftlich anerkannten, umfassenden Recovery-Konzepten nicht mehr eindeutig kongruent zuordnen oder abgrenzen. Dies gilt sowohl für die Behandlungsepisode des stationären Aufenthalts als auch für das Festlegen von abgrenzbaren Episoden bzw. zeitlichen Fixpunkten innerhalb der langfristigen, ambulanten Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Vor diesem Hintergrund empfiehlt das IQTIG, die weitere wissenschaftliche Entwicklung der Definition von Krankheitsepisoden der Schizophrenie (z. B. ICD-10-GM, ICD-11) im Auge zu behalten und wiederholt zu prüfen, inwiefern eine Operationalisierbarkeit (z. B. durch offizielle Kodierungen) gegeben ist und sinnvoll in das QS-Verfahren integriert werden kann. Hieraus könnten sich einerseits noch stringentere Zuschnitte der Indikatorpopulationen und andererseits Möglichkeiten für eine Risikoadjustierung ergeben.

Aus den neuen, in die Überarbeitung eingeschlossenen S3-Leitlinien konnten folgende zwei neue Qualitätsindikatoren für ein zukünftiges QS-Verfahren *Schizophrenie* abgeleitet werden: „Vermeiden antipsychotischer Kombinationstherapie“ und „Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)“. Das neue Qualitätsmerkmal „Erhalt von aufsuchender psychiatrischer Versorgung“ wurde unter dem Indikator „Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)“ subsumiert.

Der sozialdatenbasierte Indikator zur ambulanten Psychotherapie wurde als Systemindikator beibehalten und im Hinblick auf die von der Leitlinie empfohlene kognitive Verhaltenstherapie um eine System-Transparenzkennzahl ergänzt. Es wird empfohlen, die Grundgesamtheit dieses Indikators nicht über die Grundgesamtheit des QS-Verfahrens hinaus, z. B. durch Einbezug nur von Hausärztinnen oder Hausärzten behandelte Patientinnen und Patienten, auszudehnen. Der früher auch sozialdatenbasierte Systemindikator „Soziotherapie“ wurde zu einem Indikator der fallbezogenen QS-Dokumentation umgewandelt. Hierdurch wird es möglich, einerseits die Indikatorpopulation auf die Patientinnen und Patienten mit einer Indikation zur Soziotherapie einzugrenzen und andererseits den Ausschluss jener Patientinnen und Patienten vorzunehmen, die eine Soziotherapie abgelehnt haben oder für die regional keine entsprechenden Angebote verfügbar sind. Aufgrund dieser Ausschlüsse wird der Indikator zu einem Indikator des Einrichtungvergleichs mit Transparenzkennzahlen auf Systemebene. In gleicher Weise wurde auch der neue Indikator „Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)“ ausgestaltet. Der alte sozialdatenbasierte Systemindikator „Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt“ wurde im Zuge der leitlinienbezogenen Aktualisierung nochmals einer eingehenden Überprüfung unterzogen, wobei erhebliche Schwächen des Indikators identifiziert wurden. Die Leitlinienempfehlung fokussiert auf die antipsychotische pharmakologische Erhaltungstherapie bei Erstepisode einer Schizophrenie, die aber bislang nicht über ICD-Kodes identifiziert werden kann. Zudem zeigen die eigenen Berechnungen aus anonymisierten Abrechnungsdaten einer

Krankenkasse, dass 2014 90 % der Patientinnen und Patienten eine fortgesetzte antipsychotische Medikation erhalten haben. Auch die Expertinnen und Experten merkten an, dass das Problem eher in der Medikationsadhärenz von Patientensubgruppen und weniger im Therapieangebot durch die Leistungserbringer besteht. Das IQTIG empfiehlt daher, diesen Indikator bis auf weiteres zurückzustellen.

Für Systemindikatoren und System-Transparenzkennzahlen empfiehlt das IQTIG ein Auswertungskonzept, das eine Darstellung der systembezogenen Versorgungsqualität auf Kreis-, Landes- und Bundesebene vorsieht. Die Zuordnung der Patientinnen und Patienten in die regionalen Grundgesamtheiten erfolgt dabei auf Basis des Standortes des behandelnden ambulanten fachärztlichen Leistungserbringers (Vertragsärztin/Vertragsarzt/PIA). Der bereits heute in den Abrechnungsdaten genutzte landkreisbezogene Regionsschlüssel der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte könnte durch die Datenannahmestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (DAS-KV) den administrativen Daten hinzugefügt werden. Die Ergebnisse der Systemindikatoren und System-Transparenzkennzahlen sollen durch die Fachgremien auf Landesebene kommentiert werden. Diese Informationen sollen über den Qualitätssicherungsbericht nach § 19 Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) an die Bundesauswertungsstelle weitergeleitet werden, die sie im Bundesqualitätsbericht nach § 20 DeQS-RL an den G-BA übersendet.

Ergänzt wurden die Qualitätsindikatoren durch 18 Transparenzkennzahlen, davon 11 auf Leistungserbringerebene und 7 auf Systemebene.

Im Rahmen der leitlinienbezogenen Aktualisierung und Überprüfung wurden die Datenerfassungen aller Indikatoren präzisiert und ergänzt sowie die Referenzbereiche angepasst, sodass nun ein optimierter Dokumentationsbogen für die Machbarkeitsprüfung zur Verfügung steht.

Unter Berücksichtigung der neuen S3-Leitlinien umfasst der derzeitige Entwicklungsstand des QS-Verfahrens *Schizophrenie* die folgenden 15 Qualitätsindikatoren (ohne Indikatoren der Patientenbefragung):

- Terminvereinbarung vor Entlassung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung
- Manualbasierte Psychoedukation – stationär
- Manualbasierte Psychoedukation – ambulant
- Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – stationär
- Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – ambulant
- Vermeiden antipsychotischer Kombinationstherapie
- Psychotherapie – stationär/PIA
- Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten
- Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom
- Jährliche somatische Kontrolluntersuchung
- Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen
- Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen

- Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)
- Soziotherapie
- Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)

# 1 Beauftragung

Das IQTIG hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 22. Dezember 2017 einen Abschlussbericht für ein QS-Verfahren *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* sowie am 31. Mai 2018 einen Nachbericht zu den Indikatoren des Qualitätsaspekts „Teilhabe“ vorgelegt (IQTIG 2017a, IQTIG 2018a). Nach einer Beratungsphase des G-BA wurde das IQTIG am 17. Januar 2019 mit der Durchführung einer Machbarkeitsprüfung beauftragt. In einem ersten Beauftragungsabschnitt ist vor Beginn der Machbarkeitsprüfung aufgrund der am 15. März 2019 veröffentlichten neuen S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN 2019a), die von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) herausgegeben wurde, eine Überprüfung und ggf. Aktualisierung des Indikatorensets vorzunehmen, da sich durch diese ggf. die Evidenzgrundlage des Indikatorensets ändert. Zugleich sind die Indikatoren hinsichtlich ihrer Validität, ihrer Übereinstimmung von Indikatorenbeschreibung und Qualitätsziel, der Optimierung der Operationalisierungsvorschläge sowie hinsichtlich ihrer Referenzbereiche zu überprüfen. Das IQTIG wurde ebenfalls beauftragt, eine Definition von Behandlungsphasen für das Indikatorenset zu prüfen.

Von der Beauftragung ausgeschlossen sind die empfohlenen Systemqualitätsindikatoren auf Basis einer fallbezogenen QS-Dokumentation. Bezüglich der Systemqualitätsindikatoren auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen sind die zugrundeliegenden Grundgesamtheiten und das Aufwand-Nutzen-Verhältnis zu überprüfen. Zudem sind das Auswertungskonzept, einschließlich der Identifikation möglicher Handlungsebenen und Akteure, sowie ein Berichtskonzept zu entwickeln.

## 2 Die neue S3-Leitlinie Schizophrenie

Im März 2019 wurde nach langjähriger Entwicklung die vollständig aktualisierte S3-Leitlinie Schizophrenie veröffentlicht (DGPPN 2019a). Da das geplante QS-Verfahren *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* (kurz: QS-Verfahren *Schizophrenie*) das Ziel verfolgt, eine auf dem aktuellen Stand gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse basierende, leitliniengerechte Behandlung der Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zu fördern (IQTIG 2017a), ist es unabdingbar, das Indikatorenset aufgrund der neuen S3-Leitlinie Schizophrenie zu aktualisieren.

Die Leitlinie orientiert sich bei der Darstellung von Diagnostik und Therapie am Verlauf der Erkrankung über die gesamte Lebensspanne und verdeutlicht die Notwendigkeit des multiprofessionellen und fächerübergreifenden Zusammenwirkens bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (DGPPN 2019a). Als handlungsleitend für die Therapieplanung und -durchführung werden dabei vor allem eine partizipative Behandlungskultur sowie über die Symptomreduktion hinausgehende patientenzentrierte Zielsetzungen (z. B. soziale Integration und Inklusion, Verbesserung der Lebensqualität) genannt (DGPPN 2019a).

Entsprechend sind die Empfehlungen der Leitlinie patientenzentriert und sektorenübergreifend entwickelt. Das heißt, dass keine Empfehlungen für spezifische Sektoren formuliert wurden und zudem die Interventionen zur Schizophreniebehandlung als Empfehlungen des Anbietens (den Patientinnen und Patienten soll/sollte etwas angeboten werden) formuliert sind. Der ausdrücklichen Betonung des Angebots an die Patientin / den Patienten liegt keine Minderung der Evidenzgrundlage im Vergleich zu früheren Leitlinien zugrunde. Vielmehr ist dies Ausdruck der Relevanz der partizipativen Entscheidungsfindung, der hohen Anforderungen an Aufklärung und Information der Patientinnen und Patienten sowie in der Konsequenz der Bedeutung der Patientenautonomie in der psychiatrischen Versorgung.

2018 wurden zwei weitere deutsche, die psychiatrische Versorgung betreffende S3-Leitlinien veröffentlicht. Dies ist zum einen die Aktualisierung der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN 2019b), zum anderen die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ (DGPPN 2018). Die S3-Leitlinie Schizophrenie ist inhaltlich mit diesen beiden Leitlinien verschränkt bzw. verweist auf diese. Daher wurden diese Leitlinien ebenfalls in die Aktualisierung des Indikatorensets einbezogen. In Anhang A1 findet sich eine Tabelle, die einen detaillierten Überblick über die konkreten Verschränkungen gibt.

### 3 **Behandlungsepisoden und Krankheitsepisoden in der Schizophrenie und ihre Nutzbarkeit in einem QS-Verfahren**

Der G-BA gab in seiner Beauftragung vom 17. Januar 2019 zur weiteren Entwicklung eines QS-Verfahrens *Schizophrenie* unter I 1. auf, die Definitionen von Behandlungsepisoden der Schizophrenie und ihren Einbezug in die gesetzliche Qualitätssicherung zu prüfen.

Faktisch lassen sich in der Versorgung von erwachsenen Menschen mit Schizophrenie stationäre und ambulante Behandlungen abgrenzen. Die Übergänge werden durch das Aufnahmedatum in die stationäre Versorgung und das Entlassdatum aus der stationären Versorgung bestimmt. Schwieriger, wenn nicht unmöglich, wird es jedoch, wenn man diesen definierten Zeitpunkten Krankheitsepisoden zuordnen will. Die Indikation zur stationären Behandlung der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie kann vielschichtig sein. Die aktuelle S3-Leitlinie von 2019 führt hierzu aus:

*Die Wahl stationärer [...], teilstationärer [...], ambulanter [...] und komplementärer ambulanter oder stationärer [...] Behandlungsangebote [...] erfolgt je nach Krankheitsphase, Verlaufsstadium und -charakteristik unterschiedlich. Schutznotwendigkeit der betroffenen Person oder ggf. seines [sic!] Umfelds, erforderliche Tagesstrukturierung, spezielle Behandlungsbedürfnisse (z. B. bei komorbider Suchtproblematik), verfügbarer sozialer Support sowie persönliche Präferenzen sind weitere Entscheidungskriterien für die Wahl des Behandlungssettings. (DGPPN 2019a: 45)*

Zusätzlich heißt es dort:

*Auch im Fall einer akuten Exazerbation der Schizophrenie sollte, wenn möglich, eine ambulante Behandlung der stationären vorgezogen werden. [...] Insbesondere, wenn eine Gefährdung des Patienten oder seiner Umgebung sehr wahrscheinlich möglich ist, muss eine stationäre oder teilstationäre Aufnahme erfolgen. (DGPPN 2019a: 46)*

Damit stellt allein die Selbst- und Fremdgefährdung eine absolute Indikation zur stationären Therapie dar, die am Ende der stationären Behandlungsepisode nicht mehr gegeben sein sollte. Alle anderen Kriterien für den Anfang bzw. das Ende einer stationären Behandlung(sepisode) bleiben relativ. So formuliert die Empfehlung 156 der Leitlinie:

*Eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung soll angeboten werden, wenn der Patient der besonderen diagnostischen und therapeutischen Mittel oder des besonderen Schutzes des Krankenhauses wegen akuter Selbst- oder Fremdgefährdung bedarf.*

*Dies kann der Fall sein bei:*

- *Therapieresistenz,*
- *akuter Suizidalität,*
- *ausgeprägten Wahn- oder Angstzuständen,*
- *nicht gewährleisteter Ernährung oder Pflege,*
- *ausgeprägter Antriebshemmung oder Adynamie,*
- *die Remission oder Genesung behindernder häuslicher Konstellationen,*
- *die Behandlung komplizierender Begleiterkrankungen,*
- *komplexen Behandlungssituationen,*
- *unklaren somatischen Komorbiditäten,*
- *schweren unerwünschten Arzneimittelwirkungen,*
- *bei sonstigen ambulant nicht zu versorgenden Problemen (DGPPN 2019a: 233)*

Die Schizophrenie stellt eine das gesamte psychosoziale Leben der Patientinnen und Patienten verändernde, chronische, nicht heilbare Erkrankung dar. Anders als in manchen somatischen Versorgungsbereichen kann die Qualitätssicherung daher in der Behandlung der Schizophrenie keine, zu definierten Endzeitpunkten einer Behandlungsepisode (z. B. Entlassung aus dem Krankenhaus) für alle Betroffenen gültige Ergebnisqualität einfordern. Hier ist den besonderen Gegebenheiten und einem fortentwickelten Selbstverständnis der Psychiatrie Rechnung zu tragen, denn

*in den vergangenen Jahren sind neben Konzepten der Remission mit vorrangig psychopathologischer Symptomreduktion unter anderem im Rahmen von Recovery-Konzepten komplexe Zielkonstrukte wie Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus, Lebensqualität, Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit, Hoffnung oder sozialer Teilhabe (Inklusion) stärker in den Vordergrund gerückt. (DGPPN 2019b: 21)*

Behandlungs- und Krankheitsepisoden lassen sich in den heute wissenschaftlich anerkannten, mehrdimensionalen Recovery-Konzepten nicht mehr eindeutig zuordnen oder abgrenzen. Dies gilt sowohl für die Behandlungsepisode des stationären Aufenthalts als auch für das Festlegen von abgrenzbaren Episoden bzw. zeitlichen Fixpunkten innerhalb der langfristigen, ambulanten Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Die angesprochenen komplexen Konstrukte lassen sich in ihrer durch die Ärztin / den Arzt und die Patientin / den Patienten zu verhandelnden individuellen Ausprägung und ihrer wahrgenommenen Zielerreichung in den kleinen Patientenkollektiven der einzelnen Leistungserbringer nicht normieren. Dennoch ist eine Orientierung der Leistungserbringer an diesen integrativen Recovery-Konzepten hilfreich und durch die Qualitätssicherung förderbar. Das IQTIG hatte deshalb in seinem Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 und im Nachbericht zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“ vom 31. Mai 2018 eine populationsbezogene Darstellung des Status der Symptombelastung inklusive der psychosozialen Funktionsfähigkeiten und der Teilhabe und ihrer Veränderung als Systemqualitätsindikatoren entwickelt (IQTIG 2017a, IQTIG 2018a). Dieser empfohlene Ansatz ist vom G-BA aber vorläufig zurückgestellt worden.

Vor dem beschriebenen Hintergrund empfiehlt das IQTIG, die weitere wissenschaftliche Entwicklung der Definition von Krankheitsepisoden der Schizophrenie (z. B. ICD-10-GM, ICD-11) im Auge zu behalten und wiederholt zu prüfen, inwiefern eine Operationalisierbarkeit (z. B. durch offizielle Kodierungen) gegeben ist und sinnvoll in das QS-Verfahren integriert werden kann. Hieraus könnten sich einerseits noch stringenterer Zuschnitte der Indikatorpopulationen und andererseits Möglichkeiten für eine Risikoadjustierung ergeben.

Die neue S3-Leitlinie zur Schizophrenie unterscheidet drei Krankheitsphasen und beschreibt hierfür phasenspezifische Behandlungsziele (DGPPN 2019a: 44 f.). Diese Krankheitsphasen werden jedoch inhaltlich nicht klar abgrenzend definiert, es werden nur grobe Anhaltspunkte zu Zeitintervallen gegeben:

- Akutphase: Wochen bis drei Monate
- postakute Stabilisierungsphase: etwa drei bis sechs Monate
- stabile (partielle) Remissionsphase: Monate bis Jahre

Entsprechend merkt die Leitlinie an: „Diese drei Phasen sind oftmals zeitlich und klinisch nicht scharf abgrenzbar und haben Überlappungsbereiche. Auch kann die Akutphase in bestimmten Fällen deutlich länger andauern“ (DGPPN 2019a: 44).

Auch im Bereich des ICD-10-GM bestehen Bemühungen, die Definition und Erhebung von Krankheitsphasen der Schizophrenie voranzubringen. Der Verband deutscher Universitätskliniken hatte 2017 beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) einen Antrag zur Einführung der endständigen Codes F20.- für die WHO-Verlaufsbilder der Schizophrenie in die ICD-10-GM 2018 gestellt (DIMDI [kein Datum]).

Verlaufsbilder der Schizophrenie (entsprechend ICD-10-WHO) (Dilling et al. 2015):

- F20.x0 kontinuierlich
- F20.x1 episodisch, mit zunehmendem Residuum
- F20.x2 episodisch, mit stabilem Residuum
- F20.x3 episodisch remittierend
- F20.x4 unvollständige Remission
- F20.x5 vollständige Remission
- F20.x9 sonstige
- F20.x9 Verlauf unklar; Beobachtungszeitraum zu kurz

Es wurde in den Beratungen für notwendig befunden, dass eine definitorische Abgrenzung der einzelnen Verlaufsbilder auf wissenschaftlicher Grundlage durch die DGPPN erfolgen müsse, um diese Codes nutzen zu können. Noch seien die WHO-5-Steller nicht trennscharf genug und es fehle die Erfassung der Erstepisode. Der Vorstand der DGPPN wollte diese inhaltlichen Festlegungen aber erst erarbeiten, wenn die Verlaufsbilder in modifizierter Form mit dem ICD-11 zur Einführung stehen, um Doppelarbeit zu vermeiden. Der ICD-11 sieht zudem auch kodierte Symptomerhebungen vor (positive und negative Symptome, psychomotorische Symptome, kognitive Symptome) (Zielasek und Gaebel 2018), sodass hierdurch eine insgesamt umfassendere Verlaufsbeschreibung in den ICD-Kodes möglich wird. Die Annahme der ICD-11 durch die WHO erfolgte im Mai 2019. Das DIMDI hat nun mit der Arbeit an der offiziellen deutschen Übersetzung

begonnen. Wenn diese vorliegt, wird das IQTIG nochmals an die DGPPN herantreten. Ziel ist es, wenn eine wissenschaftliche, trennscharfe Definition der Verlaufsphasen für Deutschland zur Verfügung steht, die Aufnahme der Kode-Items in die fallbezogene QS-Dokumentation zu prüfen. Wenn der ICD-11 offiziell in Deutschland eingeführt wird/werden sollte, können diese Datenfelder in der QS-Dokumentation der Leistungserbringer durch Sozialdaten bei den Krankenkassen ersetzt werden.

Verlaufsbilder entsprechend ICD-11-WHO (inoffizielle Übersetzung<sup>1</sup>) (Zielasek und Gaebel 2018):

- 6A20.00 Schizophrenie, erste Episode, gegenwärtig symptomatisch
- 6A20.01 Schizophrenie, erste Episode, gegenwärtig in Partialremission
- 6A20.02 Schizophrenie, erste Episode, gegenwärtig in Vollremission
- 6A20.03 Schizophrenie, erste Episode, unspezifisch
- 6A20.10 Schizophrenie, multiple Episoden, gegenwärtig symptomatisch
- 6A20.11 Schizophrenie, multiple Episoden, gegenwärtig in Partialremission
- 6A20.12 Schizophrenie, multiple Episoden, gegenwärtig in Vollremission
- 6A20.13 Schizophrenie, multiple Episoden, unspezifisch
- 6A20.20 Schizophrenie, kontinuierlich, gegenwärtig symptomatisch
- 6A20.21 Schizophrenie, kontinuierlich, gegenwärtig in Partialremission
- 6A20.22 Schizophrenie, kontinuierlich, gegenwärtig in Vollremission
- 6A20.23 Schizophrenie, kontinuierlich, unspezifisch

---

<sup>1</sup> Die offizielle deutsche Übersetzung des ICD-11 WHO wird durch das DIMDI erstellt und ist erst Ende 2020/Anfang 2021 zu erwarten.

## 4 Methodisches Vorgehen

Analog zum methodischen Vorgehen bei der Verfahrensentwicklung wurden die drei in die Aktualisierung eingeschlossenen Leitlinien zunächst bewertet. Nach dem Extrahieren der Leitlinien wurden für die verfahrensspezifischen Qualitätsaspekte sich daraus ergebende neue Qualitätsmerkmale herausgearbeitet. Hierfür wurden Empfehlungen aus Leitlinien extrahiert und nach einem Syntheseprozess zu Qualitätsmerkmalen den einzelnen Qualitätsaspekten zugeordnet. Diese Qualitätsmerkmale wurden hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit im deutschen Gesundheitssystem sowie einiger Anforderungen für die Qualitätssicherung gemäß den „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2018b) geprüft.

Grundlage für die Generierung von neuen Qualitätsmerkmalen waren die drei neuen S3-Leitlinien, die in die Aktualisierung eingeschlossen wurden. Es erfolgte eine Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien mit der deutschen Übersetzung des Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II-Instruments (AGREE-II-Instrument; AGREE Next Steps Consortium 2014) (siehe Anhang A1). Berücksichtigt wurden entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ Leitlinien, die in der Domäne 3 „Genauigkeit der Leitlinienentwicklung“ einen Wert  $\geq 50\%$  erhalten haben. Aus diesen Leitlinien wurden durch das IQTIG nachfolgend die moderaten und starken Empfehlungen extrahiert und synthetisiert.

Alle extrahierten Empfehlungen wurden in einem ersten Schritt den Qualitätsaspekten zugeteilt, aus diesen wurden erste Entwürfe von Qualitätsmerkmalen abgeleitet. Dies betraf auch Empfehlungen, die einen bereits entwickelten Indikator inhaltlich modifizierten oder stützten.

Da die für die Aktualisierung eingeschlossenen Leitlinien explizit für den deutschen Versorgungskontext entwickelt wurden, musste in einem zweiten Filterschritt die Abbildbarkeit der Qualitätsmerkmale im deutschen Gesundheitssystem nicht überprüft werden.

Nach der Ableitung der Leitlinienempfehlungen erfolgten anschließend gemäß den „Methodischen Grundlagen“ eine Prüfung jedes neuen Qualitätsmerkmals hinsichtlich folgender Kriterien zur Konkretisierung und der Ausschluss des Qualitätsmerkmals, wenn mindestens ein Kriterium nicht erfüllt war (IQTIG 2018b):

- unmittelbarer Zusammenhang des Qualitätsmerkmals mit dem Qualitätsaspekt
- adressierte Patienten- und Leistungserbringergruppen des Qualitätsmerkmals
- mögliche Datenquellen und deren Eignung zur Erfassung des Qualitätsmerkmals
- Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer
- Verantwortungszuweisung zum Leistungserbringer

Anschließend wurde das Expertengremium im Rahmen eines Treffens am 12. April 2019 zum Verbesserungsbedarf und -potenzial der sich aus den neuen Leitlinien zusätzlich ergebenden Qualitätsmerkmale befragt und die inhaltlichen Argumente des Expertengremiums wurden nach Auswertung des Protokolls berücksichtigt. Ebenso wurden anhand der dem IQTIG vorliegenden

Sozialdaten bei den Krankenkassen zusätzliche Berechnungen insbesondere zu den Qualitätsaspekten „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“ sowie „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ durchgeführt (IQTIG 2017a).

Für die Aktualisierung insbesondere auf Basis der neuen S3-Leitlinie Schizophrenie wurde das IQTIG im Rahmen von zwei Treffen vom selben Expertengremium unterstützt wie in den vorangegangenen Entwicklungsschritten für das QS-Verfahren (IQTIG 2017a). Diese Treffen fanden ganztägig am 12. April 2019 und am 6. Juni 2019 statt. Die Einschätzung zu Fragestellungen, die den ambulanten Sektor adressieren, wurde stets explizit erfragt und im Protokoll erfasst. Konnte/Konnten ein oder mehrere Vertreterinnen/Vertreter des ambulanten Sektors zu einem Expertentermin nicht erscheinen, wurden diese anschließend bei einem zusätzlich vereinbarten Termin um ihre Expertise gebeten. Der Einbezug von Expertinnen und Experten erfolgte am Ende der Entwicklungsschritte „Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihres Verbesserungsbedarfes und -potenzials“ und „Operationalisierung der QI-Entwürfe“. Das Expertengremium hatte bei allen Entwicklungsschritten eine beratende Funktion für das IQTIG (IQTIG 2017d). Die Empfehlungen des Gremiums werden vom IQTIG nach jedem Treffen aufgearbeitet, geprüft und bewertet. Das Expertengremium ist somit eine unter verschiedenen Wissensquellen, die das IQTIG gleichwertig bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren nutzt, wobei die finalen Entscheidungen zu jedem Zeitpunkt der Entwicklung in der Verantwortung des IQTIG liegen.

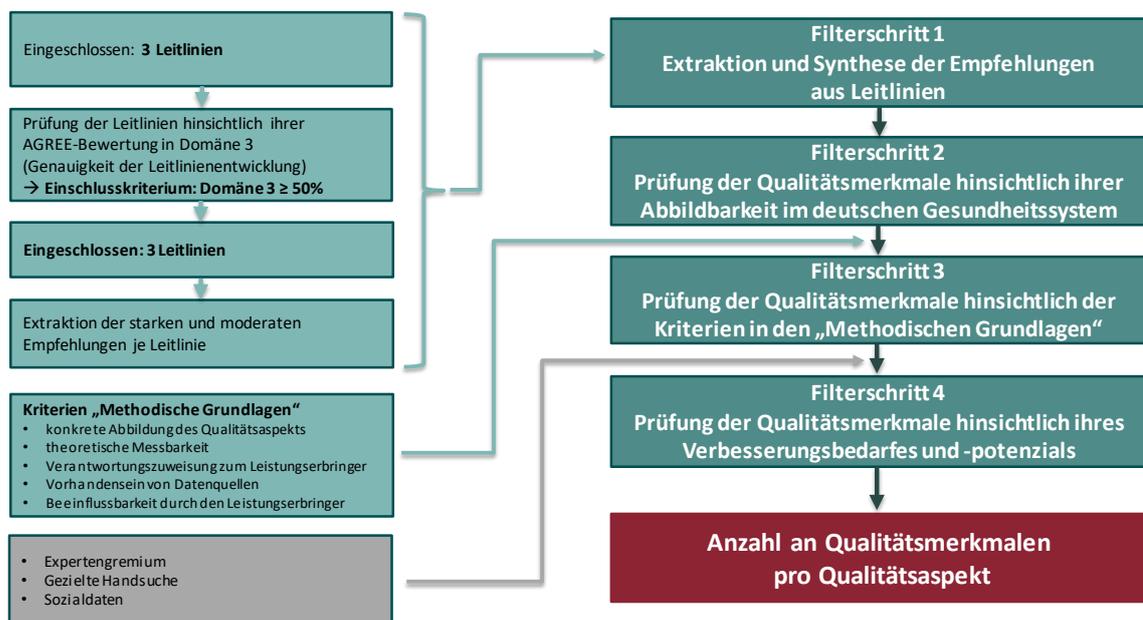


Abbildung 1: Prozessablauf der Generierung der Qualitätsmerkmale

Im nächsten Arbeitsschritt wurden die QI-Entwürfe operationalisiert, d. h., die Grundgesamtheiten und die Merkmalsausprägungen der neuen QI-Entwürfe festgelegt. Außerdem wurde ein entsprechendes Erfassungsinstrument bestimmt und ein erster Vorschlag für einen Referenzbereich für die jeweiligen QI-Entwürfe erarbeitet sowie die entsprechenden Rationale für jeden

QI-Entwurf erstellt. Zudem wurden für weitere bereits entwickelte Qualitätsindikatoren Modifizierungen und Optimierungen der Operationalisierung erarbeitet sowie Vorschläge für neue Referenzbereiche.

Im Anschluss fand am 6. Juni 2019 ein weiteres Treffen des Expertengremiums statt, in dem sowohl die QI-Entwürfe inklusive der angedachten Operationalisierung dem Expertengremium als auch die Änderungen an bereits vorliegenden Indikatoren des Sets vorgestellt und mit diesem besprochen wurden. Hierbei lag der Schwerpunkt auf der Besprechung der Grundgesamtheit, der Korrektheit der Kodierungen sowie der Datenfelder und Referenzbereiche. Anschließend erfolgte eine Nachbereitung des Expertengremiums. Unter Einbezug dieser sowie der eigenen Berechnungen und der Informationsquellen erfolgte eine Entscheidung zur Operationalisierung der Qualitätsindikatoren durch das IQTIG.

## 5 Ergebnisse

Aus den in die Überarbeitung eingeschlossenen drei neuen S3-Leitlinien konnten folgende neue Qualitätsmerkmale vor dem Hintergrund des Qualitätsmodells für ein zukünftiges QS-Verfahren *Schizophrenie* abgeleitet werden:

- Antipsychotische Pharmakotherapie als Monotherapie
- Vermeiden kritischer Medikationen (kein Midazolam; kein Olanzapin parenteral in Kombination mit einem Benzodiazepin)
- Angebot von Cognitive Remediation Therapy (kognitives Training) für Patientinnen und Patienten mit Beeinträchtigung der kognitiven Prozesse
- Erhalt von ambulanter psychiatrischer Pflege (APP)
- Erhalt von aufsuchender psychiatrischer Versorgung

Für das Qualitätsmerkmal „Vermeiden kritischer Medikationen (kein Midazolam; kein Olanzapin parenteral in Kombination mit einem Benzodiazepin)“, das sich auf eine spezifische stationäre Behandlungssituation bezieht, konnte kein Verbesserungsbedarf verifiziert werden. Auch nach Aussagen der Expertinnen und Experten kommt diese Art der Medikation aufgrund ihrer Risiken für die Patientinnen und Patienten in der Versorgungspraxis nicht zur Anwendung.

Hinsichtlich des Qualitätsmerkmals „Angebot von Cognitive Remediation Therapy (kognitives Training) für Patientinnen und Patienten mit Beeinträchtigung der kognitiven Prozesse“ gibt es Hinweise aus Expertenexpertise auf einen möglichen Verbesserungsbedarf. Unabhängig davon ist Metakognitives Training (MKT) als eine Variante der kognitiven Verhaltenstherapie bei Psychosen zu verstehen (DGPPN 2019a). Daher ist das Merkmal unter den bereits entwickelten Qualitätsindikatoren zur Psychotherapie zu subsumieren, für die ein eindeutiger Verbesserungsbedarf belegt ist (IQTIG 2017a).

Für das neue Qualitätsmerkmal „Erhalt von ambulanter psychiatrischer Pflege (APP)“ liegt ein klarer Verbesserungsbedarf vor (siehe Kapitel 6.2.4), wobei die Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer nur besteht, wenn die APP in der entsprechenden Versorgungsregion auch verfügbar ist. Gleiches gilt für das Qualitätsmerkmal „Erhalt von aufsuchender psychiatrischer Versorgung“; dieses wurde unter dem Qualitätsmerkmal zur APP subsumiert, da zum einen der ambulanten psychiatrischen Pflege die aufsuchende Versorgung inhärent ist, zum anderen der Begriff der aufsuchenden psychiatrischen Versorgung für den Kontext der gesetzlichen Qualitätssicherung noch nicht ausreichend konkretisiert ist. Weitere Ausführungen zu diesem Qualitätsmerkmal finden sich im Kapitel 6.2.4.

Für den Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“ konnte das neue Qualitätsmerkmal „Antipsychotische Pharmakotherapie als Monotherapie“ abgeleitet werden, für das eine klare Verantwortungszuweisung sowie ein Verbesserungsbedarf festzustellen ist (siehe Abschnitt 5.3).

Der Betrachtungszeitraum im QS-Verfahren Schizophrenie ist für die stationären Leistungserbringer die Zeit zwischen Aufnahme und Entlassung aus der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung während des Erfassungsjahres (jede stationäre Behandlung ist ein neuer QS-Fall) und für die ambulanten Leistungserbringer der gesamte Behandlungszeitraum einer Patientin / eines Patienten im Erfassungsjahr. Ein ambulanter QS-Fall umfasst gemäß Auslösekriterien des Verfahrens somit mindestens 2 bis maximal 4 Quartale bei einer Vertragsärztin / einem Vertragsarzt der Facharztgruppen 51 oder 58 bzw. in einer PIA. Die ambulanten Dokumentationsbögen sollen nach Ende des Erfassungsjahres abgeschlossen und bis zum 28.02. des Folgejahres an die Datenannahmestelle übermittelt werden. Die fallbezogenen, stationären Dokumentationsbögen können dagegen, je nach Entlassungsdatum, quartalsweise an die Datenannahmestelle übermittelt werden. Die einrichtungsbezogenen, stationären Dokumentationsbögen werden jedoch auch erst nach Ende des Erfassungsjahres abgeschlossen und bis zum 28.02. des Folgejahres an die Datenannahmestelle übermittelt.

Weitere Details zu den Qualitätsindikatoren finden sich im aktuellen Qualitätsindikatoren-Set 1.2. Aktuelle Entwürfe der Dokumentationsbögen für stationäre Leistungserbringer, für PIAs und für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind im Anhang D hinterlegt.

Im Folgenden werden anhand der Logik der Qualitätsaspekte die Erweiterungen, Modifizierungen bzw. Konkretisierungen des entwickelten Indikatorensets kurz beschrieben. Die Indikatoren zum Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzen von Versorgungsstrukturen“ sind im Kapitel 6 zur Qualität auf Systemebene verortet.

### **5.1 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“**

Dieser Qualitätsaspekt fokussiert, im Kontext des QS-Verfahrens *Schizophrenie*, die Sicherstellung der Behandlungskontinuität im Sinne des Übergangs in die ambulante Weiterversorgung nach einem stationären Aufenthalt. Ein gutes Entlassungsmanagement soll daher eine frühzeitige Kontaktaufnahme und Kommunikation der stationären mit den ambulanten Behandlerinnen und Behandlern für zu entlassende Patientinnen und Patienten beinhalten, um eine nahtlose medikamentöse Therapie sicherzustellen, die verschiedenen Unterstützungsangebote zu koordinieren, einen schriftlichen Behandlungsplan mit der weitergehenden Therapieplanung und patientenspezifischen Bedürfnissen bereitzustellen. Zudem sollen die Patientinnen und Patienten und Angehörigen rechtzeitig und umfassend in die bevorstehende Entlassung einbezogen werden sowie vor ihrer Entlassung ein Abschlussgespräch erhalten (IQTIG 2017a).

Für die Entwicklung der sozialdatenbasierten und dokumentationsbasierten Indikatoren wurde das Qualitätsmerkmal „Terminvereinbarung vor Entlassung“ abgeleitet, für das im Rahmen der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie ein konkreter Verbesserungsbedarf nachgewiesen werden konnte. Es wurde ein gleichnamiger Indikator entwickelt: „Terminvereinbarung vor Entlassung“. Die weiteren Qualitätsmerkmale

- Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)
- Angebot zur Nutzung des Sozialen Dienstes (nur stationäre Versorgung)
- Durchführung eines Abschlussgesprächs (nur stationäre Versorgung)

- Abklären der nächsten Schritte nach der Entlassung im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)
- Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (inkl. Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern (nur stationäre Versorgung))

dieses Qualitätsaspekts sind aufgrund einer besseren Operationalisierbarkeit in die Entwicklung der Patientenbefragung eingegangen und werden über dieses Erfassungsinstrument adressiert. Konkret wurden die Patientenbefragungsindikatoren „Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Entlassungsvorbereitungen (nur stationäre Versorgung)“ und „Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“ entwickelt (Abschlussbericht (2018) „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“)<sup>2</sup>. Ergänzt werden diese durch die Kennzahlen auf Basis der Patientenbefragung im Hinblick auf die Qualitätsindikatoren „Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung)“ und „Beginn der Behandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“.

Da die Indikatoren aller Erfassungsinstrumente zusammen das Indikatorenset des QS-Verfahrens *Schizophrenie* bilden, ist der konkrete Qualitätsaspekt für dieses QS-Verfahren umfassend adressiert.

Zudem beauftragte der G-BA zur Abbildung der Versorgungsqualität des Entlass- und Überleitungsprozesses am 20. September 2018 separat die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für ein eigenes QS-Verfahren *Entlassmanagement* inklusive einer Patientenbefragung (G-BA 2018). Der Bericht zur Konzeptstudie wird für dieses QS-Verfahren am 31. Juli 2019 abgegeben. Für Einzelheiten zum aktuellen Entwicklungsstand wird auf diesen Bericht verwiesen.

Die neue S3-Leitlinie Schizophrenie äußert sich nicht explizit zum Entlassungsmanagement, betont aber die Bedeutung der Behandlungskontinuität und geht auch auf die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte in der Versorgung ein (DGPPN 2019a). Das Hauptziel des Indikators „Terminvereinbarung vor Entlassung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung“ ist, die kontinuierliche Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten und erfassbar zu machen. Die Öffnung des Indikators hin zur ärztlichen ambulanten Versorgung (und keine Beschränkung auf die anzustrebende fachärztliche ambulante Versorgung) erfolgte daher im Sinne der auf jeden Fall zu gewährleistenden kontinuierlichen Weiterversorgung nach stationärer Entlassung, wobei sowohl persönliche Präferenzen der Patientinnen und Patienten als auch ein Versorgungsmangel an Fachärztinnen und Fachärzten zu berücksichtigen sind (IQTIG 2017c). Zudem ergaben Auswertungen von Abrechnungsdaten, dass ca. 20 % der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (F20-F29 ICD-10-GM) ausschließlich von ihrer Hausärztin oder ihrem Hausarzt ambulant behandelt werden (DGPPN 2019a, AQUA 2016). Eigene Berechnungen anhand von Routinedaten ergaben, dass

---

<sup>2</sup> IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018): Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. [nicht veröffentlicht].

14,5 % der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- im Jahr 2014 ausschließlich bei einer Hausärztin/bei einem Hausarzt versorgt wurden (Abschlussbericht (2018) „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“).

Auch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums sahen nach nochmaliger Prüfung keinen Änderungsbedarf bei diesem Indikator.

Auf die Festlegung einer Frist wurde bewusst verzichtet, da ein Zeitfenster nicht begründet festlegbar ist. Ziel des Indikators ist es, dass zum Zeitpunkt der Entlassung der Patientin / des Patienten die Kontinuität der Behandlung nach dem stationären Aufenthalt sichergestellt ist. Der Indikator adressiert daher den durch die Leistungserbringer beeinflussbaren Prozess der Terminvereinbarung und bezieht sich auf tatsächliche ambulante Kontakte innerhalb eines bestimmten Zeitraums nach Entlassung (IQTIG 2017c, IQTIG 2017b).

Zusätzlich besteht eine hohe Diskrepanz zwischen vereinbarten und tatsächlich wahrgenommenen Terminen. Ob vereinbarte Termine von den Patientinnen und Patienten wahrgenommen werden oder nicht, kann von den stationären Leistungserbringern nicht beeinflusst und diesen nicht zugerechnet werden, wohl aber, ob vor der Entlassung aus dem Krankenhaus eine ambulante Weiterbehandlung vorbereitet wurde. Gerade diesem Umstand wird der vom IQTIG empfohlene Indikator gerecht.

Ein zusätzlicher Indikator „Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme“, wie im Indikatorenset des AQUA-Instituts vorgesehen, erscheint nicht geeignet, die für diesen Qualitätsaspekt abgeleiteten Merkmale zu adressieren. Eine Wiederaufnahme innerhalb eines Jahres ist ein Surrogatparameter für poststationäre Komplikationen und nicht notwendigerweise auf die Entlassungsplanung zurückzuführen. Die Notwendigkeit einer Wiederaufnahme kann neben der Schwere der Erkrankung vor allem durch unzureichende Möglichkeiten der – bevorzugten – Behandlung in einem ambulanten Setting, das auch in Krisensituationen und bei akuter Exazerbation der Schizophrenie verfügbar ist, begründet sein (AQUA 2016). So wird die Prozess- und Ergebnisverantwortung bei dem vom AQUA-Institut entwickelten Indikator „Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme“ folgerichtig den niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten, den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) und den stationären Leistungserbringern zgedacht und nicht allein den Krankenhäusern im Rahmen ihres Entlassungsmanagements. Da aber eine integrative Verantwortungsstruktur in Deutschland nicht regelhaft etabliert ist, kann ein solcher Indikator nicht sinnvoll umgesetzt werden.

## **5.2 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“**

Die neue S3-Leitlinie Schizophrenie empfiehlt, „Menschen mit Schizophrenie [...] zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufs eine strukturierte Psychoedukation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ausreichend lange und möglichst in Gruppen“ (Empfehlung 59; DGPPN 2019a: 126), anzubieten, was die bereits entwickelten Indikatoren stützt. Die aktualisierte S3-Leitlinie zu psychosozialen Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen empfiehlt dies analog für die Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (DGPPN 2019b: 239). Die von Bäuml und Pitschel-Walz (2008) empfohlenen 8 bis

16 Sitzungen geben einen Anhaltspunkt, in welchem Umfang psychoedukative Sitzungen erfolgen sollten, um die Inhalte eines Manuals adäquat adressieren zu können. Die Leitlinien selbst quantifizieren die Psychoedukation lediglich als „ausreichend lange“ (DGPPN 2019a: 126, DGPPN 2019b: 239). Daher werden in diesem Indikator (Manualbasierte Psychoedukation – ambulant) nunmehr ausschließlich psychoedukative Sitzungen gefordert. Gespräche psychoedukativen Inhalts im Rahmen der üblichen Arzt-Patienten-Kontakte reichen für die Erfüllung der Qualitätsanforderung einer manualbasierten Psychoedukation nicht aus. Das entsprechende Datenfeld und ebenso der Ausfüllhinweis wurden daher gestrichen. Das Attribut „strukturiert“ wurde ebenfalls aus dem Indikator gestrichen, da der Schwerpunkt der Qualitätsanforderung für diesen Indikator auf der Manualbasierung liegt.

Das IQTIG hat im Zuge der Aktualisierung nochmals Expertinnen und Experten, insbesondere aus der ambulanten Versorgung, hinsichtlich des Verbesserungsbedarfs konsultiert (vgl. Zwischenbericht Anhang E.1 IQTIG 2017b, IQTIG 2017a). Es besteht Konsens dahingehend, dass Psychoedukation für Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, wie in dem entwickelten Indikator auf Basis von Leitlinien gefordert, in der ambulanten Versorgung außerordentlich selten realisiert wird bzw. realisiert werden kann. Dies hätte unterschiedliche Ursachen, zu denen auch fehlende Gruppenangebote für Psychoedukation oder fehlende Abrechnungsziffern für ambulant tätige Fachärztinnen und Fachärzte zählen. Ein Verbesserungsbedarf besteht auch im stationären Sektor, wenngleich nicht im selben Umfang. Vor dem Hintergrund, dass Psychoedukation in der Versorgungsrealität derzeit häufig als Gespräch mit psychoedukativen Inhalten im Rahmen von routinemäßigen Arzt-Patienten-Kontakten erfolgt, ist die Qualitätsanforderung des Indikators als ein sehr hoher Standard für die Psychoedukation anzusehen.

### **5.3 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“**

Für die Indikatoren „Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – Monitoring und Dokumentation“ und „Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation“ erfolgte vor dem Hintergrund der Empfehlungen der neuen S3-Leitlinie eine umfangreiche Überarbeitung der Operationalisierung. Die Indikatoren wurden zudem umbenannt in „Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – stationär“ bzw. „Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – ambulant“, um das Qualitätsziel deutlicher hervorzuheben.

Für diesen Qualitätsaspekt wurde auf Basis des neuen, sich aus den Empfehlungen der S3-Leitlinie Schizophrenie abgeleiteten Qualitätsmerkmals „Antipsychotische Monotherapie“ der neue Indikator „Vermeiden antipsychotischer Kombinationstherapie“ entwickelt. Dieser erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM, die in mehr als zwei aufeinander folgenden Quartalen je Quartal zwei oder mehr Antipsychotika in der ambulanten fachärztlichen Versorgung erhalten haben.

Eine antipsychotische Monotherapie ist grundsätzlich zu bevorzugen, da so die antipsychotische Pharmakotherapie besser steuerbar ist und es keine medikamentösen Interaktionen gibt (DGPPN 2019a). Die antipsychotische Kombinationstherapie bzw. antipsychotische Polypharmazie bezeichnet die Behandlung mit mehreren Antipsychotika gleichzeitig. Diese werden aufgrund einer erhofften additiven, erwünschten Wirkung der Einzelsubstanzen kombiniert. In der Praxis werden Kombinationen vor allem bei Patientinnen und Patienten verwendet, die auf eine Monotherapie nicht ausreichend ansprechen. Die Kombination von Antipsychotika ist jedoch mit der Gefahr von Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten sowie einer Potenzierung von Nebenwirkungen verbunden (DGPPN 2019a). In der klinischen Praxis ist die Polypharmazie relativ häufig (> 30 %) und hängt mit der Krankheitsdauer und Chronizität sowie einem nicht ausreichenden Ansprechen auf eine Monotherapie zusammen (DGPPN 2019a).

Eigene Berechnungen anhand von Routinedaten ergaben, dass 23,2 % der Patientinnen und Patienten mit antipsychotischer Pharmakotherapie mindestens zwei antipsychotische Wirkstoffe in mindestens drei aufeinanderfolgenden Quartalen im Jahr 2014 und 5,3 % mindestens drei antipsychotische Wirkstoffe in mindestens drei aufeinanderfolgenden Quartalen im Jahr 2014 verordnet bekommen haben (siehe Tabelle 1).

*Tabelle 1: Antipsychotische Therapie bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie oder schizoaffektiver Störung*

	Anzahl	Anteil (%)
Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- in 2 Quartalen bei einer Ärztin oder einem Arzt der Facharztgruppe 51 oder 58 im Jahr 2014	172.648	100
davon mit		
mindestens 1 Verordnung von Antipsychotika im Jahr 2014	158.915	92,1
mindestens 2 antipsychotische Wirkstoffe in mindestens 3 aufeinanderfolgenden Quartalen im Jahr 2014	40.079	23,2
mindestens 2 antipsychotische Wirkstoffe in mindestens 2 aufeinanderfolgenden Quartalen im Jahr 2014	61.974	35,9
mindestens 3 antipsychotische Wirkstoffe in mindestens 3 aufeinanderfolgenden Quartalen im Jahr 2014	9.207	5,3
mindestens 2 antipsychotische Wirkstoffe in mindestens 3 aufeinanderfolgenden Quartalen im Jahr 2014	40.079	23,2
mindestens 2 antipsychotische Wirkstoffe in mindestens 2 aufeinanderfolgenden Quartalen im Jahr 2014	61.974	35,9
mindestens 3 antipsychotische Wirkstoffe in mindestens 3 aufeinanderfolgenden Quartalen im Jahr 2014	9.207	5,3

Dass die Leitlinie selbst Ausnahmen von der antipsychotischen Monotherapie in ihren Empfehlungen berücksichtigt und dass eine Kombinationstherapie bei einem relevanten Anteil der Patientinnen und Patienten indiziert ist, war daher bei der Operationalisierung des Indikators zu berücksichtigen. Das Qualitätsziel ist dementsprechend, dass nicht alle, sondern möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung, die eine antipsychotische Pharmakotherapie erhalten, diese als Monotherapie erhalten sollen. Der Indikator zielt auf die Vermeidung von Kombinationstherapie. Ebenfalls in der Operationalisierung zu berücksichtigen waren die notwendigen Phasen des Einstellens und Umstellens von antipsychotischer Medikation, in denen sinnvollerweise für einen begrenzten Zeitraum des Ein- und Ausschleichens zwei Antipsychotika verordnet werden können.

In der klinischen Praxis kommt bei 20 bis > 30 % der Patientinnen und Patienten keine antipsychotische Monotherapie zur Anwendung. Aus diesem Befund kann allerdings nicht abgeleitet werden, für wie viele Patientinnen und Patienten eine Kombinationstherapie tatsächlich indiziert wäre. Der Referenzbereich wurde daher auf  $\geq 90$  % gesetzt.

Der Indikator „Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt“ wurde im Zuge der Aktualisierung nochmals einer Überprüfung unterzogen, wobei erhebliche Schwächen des Indikators identifiziert wurden. So erfasst der Indikator ausschließlich Patientinnen und Patienten, die im Erfassungsjahr einen stationären Aufenthalt mit der Hauptdiagnose einer Schizophrenieerkrankung hatten, wobei unterstellt wird, dass sie aufgrund einer akuten psychotischen Symptomatik stationär behandelt wurden, obwohl auch andere Gründe für den stationären Aufenthalt bestanden haben können. Hinzu kommt, dass Patientinnen und Patienten auch in einem noch akuten Zustand in die ambulante Behandlung übergeleitet werden. Das Ende der stationären Behandlung markiert also nicht zwingend den Übergang von der Akutbehandlung zur Erhaltungstherapie. Besonders einschränkend für den Indikator ist, dass ein erheblicher Anteil der relevanten Patientinnen und Patienten innerhalb eines Erfassungsjahres keinen stationären Aufenthalt hat. So ergaben eigene Berechnungen anhand von Routinedaten, dass im Jahr 2014 172.648 Patientinnen und Patienten mit einer F20.-/F25.- in der vertragsärztlichen Versorgung (FG 51 oder 58) behandelt wurden, aber nur 52.847 Patientinnen und Patienten im selben Jahr einen stationären Aufenthalt hatten (Abschlussbericht (2018) „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“)<sup>3</sup>. Vielmehr können (und sollen) auch akute Krankheitsphasen ambulant behandelt werden. Auch für den ambulanten Sektor ist derzeit im Rahmen der Qualitätssicherung nicht erfassbar, wann die Akutbehandlung in die Erhaltungstherapie übergeht, was zum einen durch die noch fehlenden Kodiermöglichkeiten (siehe Kapitel 3) und zum anderen durch die balancierenden Übergänge der Krankheitsphasen und Symptomänderungen begründet ist.

Hinzu kommt, dass nach eigenen Berechnungen (siehe Tabelle 1) über 90 % der ambulant behandelten Patientinnen und Patienten mindestens ein Antipsychotikum verordnet bekommen

---

<sup>3</sup> IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018): Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. [nicht veröffentlicht].

haben, woraus geschlossen werden kann, dass faktisch kein relevanter Verbesserungsbedarf besteht. Dies haben auch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums bestätigt. So besteht die Problematik weder im Anbieten noch Verordnen von antipsychotischer Erhaltungstherapie, sondern eher in der Adhärenz der Patientinnen und Patienten. Diesem ist aber vor allem im Kontext von Aspekten wie „Aufklärung und Information“ sowie „Psychoedukation“ zu begegnen, die im QS-Verfahren *Schizophrenie* gesondert adressiert werden. Das IQTIG empfiehlt daher den Indikator „Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)“ vorerst zurückzustellen, bis sich im Zuge der Einführung des ICD-11-GM bessere Operationalisierungsmöglichkeiten ergeben.

#### **5.4 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“**

Die neue S3-Leitlinie Schizophrenie unterscheidet in ihren Empfehlungen zur Psychotherapie nicht mehr zwischen dem ambulanten und stationären Sektor (DGPPN 2019a). Die psychotherapeutische Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie ist bei stationärem Aufenthalt zu beginnen und ambulant fortzusetzen, sodass es geboten ist, im umbenannten Indikator „Psychotherapie – stationär/PIA“ keine generelle Mindestanzahl an psychotherapeutischen Sitzungen, sondern einen wöchentlichen Durchschnitt zu fordern. Aufgrund der Ausführungen zur psychotherapeutischen Behandlung in der neuen Leitlinie wurde die Operationalisierung des Indikators grundlegend überarbeitet und die Abfrage differenziert. Der Indikator erfasst nun den Anteil der Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit, die während einer voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung oder einer Behandlung in der PIA im Durchschnitt an mindestens einer Psychotherapiesitzung (je 25 bis 50 Minuten bei einer/einem psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeutin/Psychotherapeuten) pro Woche ab der 2. Woche des Aufenthalts teilgenommen haben. Aufgrund der Empfehlung der neuen S3-Leitlinie Schizophrenie zur Psychotherapie wird für den Indikator die zu bevorzugende kognitive Verhaltenstherapie zusätzlich als System-Transparenzkennzahl ausgewiesen.

Aufgrund der Tatsache, dass ein Teil der Patientinnen und Patienten in der akuten Phase symptombedingt einer Psychotherapie nicht zugänglich ist, ist der Referenzbereich auf  $\geq 90\%$  gesetzt worden. Davon nicht berührt sind psychotherapeutische Kurzinterventionen sowie wiederholte Kontaktangebote für diese Patientinnen und Patienten, die jedoch von diesem Indikator nicht erfasst werden, da sie keine Psychotherapie im Sinne des Indikators sind.

#### **5.5 Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“**

Für den Qualitätsaspekt zum Umgang mit und zur Prävention von Suizidalität konnten aus der neuen S3-Leitlinie Schizophrenie keine neuen Qualitätsmerkmale abgeleitet werden. Die Empfehlung (ohne formalen Empfehlungscharakter) der neuen Leitlinie „Im Falle eines Suizids werden auf verschiedenen Ebenen Angebote der Nachbesprechung empfohlen [...]“ (DGPPN 2019a: 163) stützt den entwickelten Indikator inhaltlich.

Es soll nochmal darauf hingewiesen werden, dass zentral für den Umgang und die Prävention von Suizidalität die Schulung des Personals, insbesondere der Psychotherapeutinnen und -therapeuten, aber auch der Ärztinnen und Ärzte im Rahmen ihrer Diagnostik ist. Dabei geht es um das Erkennen einer möglichen Suizidalität und die ggf. unmittelbare Einweisung in ein Krankenhaus, vor allem aber auch um eine Berücksichtigung dieser Thematik in der psychotherapeutischen Behandlung der Patientin / des Patienten (vgl. Zwischenbericht Anhang E.1 IQTIG 2017b). Konkret wird die Behandlung mittels kognitiver Verhaltenstherapie empfohlen, in der spezifische Aspekte des suizidalen Verhaltens berücksichtigt werden. Als ebenfalls zentral bei der Suizidprävention bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie ist die pharmakologische Therapie zu nennen. Präventiv wirkt sich auch die kontinuierliche Behandlung insbesondere nach stationärem Aufenthalt aus „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*“ (vgl. Zwischenbericht Anhang E.1 IQTIG 2017b).

Von einer Operationalisierung, die das regelmäßige Erfassen der Suizidalität erhebt, wurde im Rahmen der Verfahrensentwicklung bewusst abgesehen. Der Grund hierfür ist vor allem, dass es für eine solche Erfassung aktuell kein standardisiertes Messinstrument gibt. Die Gefährdung für einen Suizid wird regelhaft im Rahmen des psychopathologischen Befundes erfasst, da die Vermeidung von Suiziden in der Behandlung von hoher Relevanz ist. Die Erfragung des Risikos für einen solchen erfolgt demnach höchst individuell und ist aktuell nicht mithilfe eines regelhaft einsetzbaren Messinstruments abbildbar (IQTIG 2017a). Hinzu kommt, dass das Abklären einer potenziellen Suizidalität auch aufgrund der hohen Sensibilität des Themas in höchstem Maße patientenindividuell und situationsangepasst und daher kein standardisiertes Vorgehen erfolgen sollte (vgl. Zwischenbericht Anhang E.1 IQTIG 2017b). Aus diesem Grund nahm das IQTIG die Operationalisierung von Suizidkonferenzen in den Blick. Im Rahmen dieser werden Suizide systematisch im Sinne einer Prävention für andere Patientinnen und Patienten von allen Leistungserbringern, die an der Behandlung beteiligt sind, besprochen und aufgearbeitet (IQTIG 2017a).

## **5.6 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“**

Aus der neuen S3-Leitlinie Schizophrenie ergeben sich keine neuen Qualitätsmerkmale hinsichtlich dieses Qualitätsaspekts. Vielmehr stützt die neue Leitlinie das dem Indikator zugrunde liegende Qualitätsmerkmal, dass auf das regelmäßige Erfragen und Erfassen von Substanzmissbrauch zielt, als Voraussetzung dafür, dies auch in der Behandlung berücksichtigen zu können. Um die Abfrage präziser zu machen, wurden differenziertere Datenfelder ergänzt.

## **5.7 Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“**

Aus der neuen S3-Leitlinie Schizophrenie ergeben sich für diesen Qualitätsaspekt keine neuen Qualitätsmerkmale. Vielmehr wird der entwickelte Indikator „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“ durch die Empfehlung zur regelmäßigen Überwachung der somatischen Gesundheit von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie inhaltlich gestützt (DGPPN 2019a).

Die ursprünglich missverständlich formulierte Indikatorbeschreibung bzw. das missverständlich formulierte Qualitätsziel wurden umformuliert. Der Indikator zielt auf somatische Kontrolluntersuchungen und die Sicherstellung der hausärztlichen/fachinternistischen Mitversorgung der psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten. Dabei kann der Katalog der im Indikator geforderten Untersuchungen nicht abschließend sein, sondern ist vielmehr ein Surrogat für die Überwachung der somatischen Gesundheit. Entsprechend der Forderung, dass „möglichst alle Patientinnen und Patienten“ diese Untersuchungen erhalten bzw. jährlich Kontakt in die somatische Versorgung haben sollen, wurde der Referenzbereich von  $\geq 70\%$  auf  $\geq 90\%$  angehoben.

## 5.8 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

Der Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“ fokussiert die qualifizierte Durchführung der Zwangsmaßnahmen, was sich insbesondere in strukturellen und organisatorischen Anforderungen widerspiegelt (vgl. Zwischenbericht Anhang E.1 IQTIG 2017b, IQTIG 2017a). Für diesen Aspekt wurden drei Qualitätsmerkmale für die Indikatorenentwicklung abgeleitet:

- Betreuung während Zwangsmaßnahmen
- Qualifizierung des Personals hinsichtlich der Durchführung von Zwangsmaßnahmen
- Angebot einer Nachbesprechung der Zwangsmaßnahme mit der Patientin/dem Patienten (inkl. Umstellung der Medikation) (Abschlussbericht (2018) „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“)

Für alle drei Merkmale konnten entsprechend die folgenden Indikatoren entwickelt werden:

- Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen
- Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Zwangsmaßnahmen
- Nachbesprechung der restriktiven Maßnahmen (nur stationäre Versorgung) (Patientenbefragung)

Auch die neue S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ stützt diese Indikatoren. So empfiehlt sie u. a. mit einem Evidenzgrad A die Vermittlung von „[...] Techniken [...], die den Mitarbeitenden in jeder Phase der Eskalation aggressiven Verhaltens deeskalierende und sicherheitsfördernde Optionen bieten. Es soll eine Kombination von Deeskalationstechniken mit Abwehrtechniken und sicheren Interventionen zur Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen geschult werden“ (DGPPN 2018: 119).

Das Vorliegen einer Arbeitsanweisung für die 1:1-Betreuung bei Zwangsmaßnahmen dient als Mittel zur Sicherstellung der Struktur- und Prozessqualität. Dieser Indikator soll im Sinne der Qualitätsförderung über die Abbildung der Strukturqualität die Schaffung von Prozessvoraussetzungen fördern, um eine qualitativ hochwertige 1:1-Betreuung zu gewährleisten (IQTIG 2017c). Exemplarische Mindestanforderungen an eine solche verbindliche Arbeitsanweisung werden beschrieben. Der Indikator erfasst ebenso über ein eigenes Datenfeld das Ergebnis der Auswertung der Dokumentationen, welche im Rahmen des Indikators zur Durchführung der 1:1-Betreu-

ung gefordert wird. Dies soll ebenfalls in die Berechnung des Indikators eingehen. So ist die Qualitätsanforderung durch den Leistungserbringer erst dann erfüllt, wenn bei allen Zwangsmaßnahmen eine 1:1-Betreuung erfolgte und die Arbeitsanweisung in der konkreten, wie im Indikator beschriebenen Ausgestaltung vorliegt und in 100 % der Zwangsmaßnahmen auch so umgesetzt wurde. Der Indikator wird über die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation der Leistungserbringer erhoben und fokussiert primär die einrichtungsinterne Organisation. Der Ausschluss der Maßnahme „Isolation der Patientin / des Patienten“ aus dem Indikator ist fachlich korrekt. Isolierung definiert sich als das „Verbringen eines Menschen in einen abgeschlossenen Raum *ohne unmittelbaren Personalkontakt* [Hervorhebung durch IQTIG]. Üblicherweise verbunden mit weiteren Sicherheitsmaßnahmen (Entfernung gefährlicher Gegenstände) und Betreuung z. B. durch Sichtfenster, direkte Kontaktaufnahme oder Videokamera“ (DGPPN 2018: 14), wobei ein angemessener zwischenmenschlicher Kontakt sicherzustellen ist (DGPPN 2018). Dies schließt eine 1:1-Betreuung, wie für diesen Indikator beschrieben, aus.

## **5.9 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“**

Modifizierungen von Indikatoren sowie Neuentwicklungen, die den Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ betreffen, werden im Kapitel 6 zur Systemqualität dargestellt.

## 6 Qualität auf Systemebene

Für das QS-Verfahren zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen wurden mehrere Indikatoren zur Beschreibung der Qualität auf der Ebene des Versorgungssystems entwickelt. Im Rahmen der durch den G-BA beauftragten Aktualisierung auf Basis der neuen S3-Leitlinie Schizophrenie sollten vorerst lediglich die sozialdatenbasierten Systemindikatoren betrachtet werden, wobei die allgemeinen Ausführungen zur Systemqualität auch für die in der Beauftragung vom 17. Januar 2019 zurückgestellten Indikatoren gelten (vgl. Tabelle 4).

Die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen soll möglichst wohnortnah und im vertrauten sozialen Umfeld erfolgen – dies ist eine Forderung seit der Enquête-Kommission 1975 (BT-Drs. 7/4200 vom 25.11.1975). Gleichzeitig ist gerade bei Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen ein Recovery-Konzept als komplexes Zielkonstrukt der Versorgung in den Vordergrund gerückt (DGPPN 2019a: 21), das die Integration vielfältiger medizinischer, pflegerischer, psychotherapeutischer und psychosozialer Dienste erfordert. Ein wesentliches Element der Qualitätsstandards beinhaltet daher den verbindlichen Zusammenschluss der wesentlichen Leistungserbringer einer definierten Versorgungsregion. Konsequenterweise müsste einer integrativen Versorgung auch eine einrichtungsübergreifende oder populationsbezogene Verantwortungsstruktur folgen. Eine solche ist in Deutschland bislang nicht etabliert. Gerade bei der Koordinierung der Versorgung besteht nach Einschätzung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) „noch deutliches Potenzial zur Verbesserung“ (SVR Gesundheit 2018: 686). Laut Deister kommt der Region „als Planungs-, Versorgungs- und Kooperationsrahmen bei psychischen Erkrankungen eine herausragende Bedeutung zu“ (Deister 2019: 150). Hier ist insbesondere die Gemeindepsychiatrie zu nennen. Die gemeindepsychiatrische Versorgung wird im Bericht der Enquête-Kommission von 1975 programmatisch beschrieben als teambasierte, multiprofessionelle, psychiatrische Versorgung in der Gemeinde, die auch die Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus sowie die Messung der Teilhabe an Erwerbstätigkeit und Wohnsituation mit einschließt (BT-Drs. 7/4200 vom 25.11.1975). In vielen Kommunen sind daraufhin gemeindepsychiatrische Verbände entstanden, die sich zusammengeschlossen und Qualitätsstandards entwickelt haben, wie Menschen mit schweren akuten und langandauernden psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfsbedarf angemessen unterstützt und behandelt werden sollen (BAG GPV 2012).

Auch wenn die einzelnen Fachärztinnen und Fachärzte bei der Koordinierung der Versorgung eine wichtige Funktion einnehmen, können der Erhalt und Erfolg von einrichtungsübergreifenden strukturellen Bedingungen abhängen. Da gerade in der Anfangsphase integrativer Versorgungsansätze die notwendigen Strukturen häufig vom System noch nicht in ausreichendem Umfang bereitgestellt werden können, ist es auch im QS-Verfahren *Schizophrenie* notwendig und angemessen, in die Qualitätsbetrachtung eine Perspektive des Versorgungssystems insgesamt, also die Systemebene, einzubeziehen. Dementsprechend stellt das strukturelle Versorgungsangebot einen wichtigen Teil der patientenzentrierten Versorgungsqualität dar.

In Zukunft wird es gerade auch bei Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen darauf ankommen, die Gesundheitsversorgung stärker integrativ über die klassischen Sektoren hinweg, aber auch über die Leistungsbereiche unterschiedlicher Sozialgesetzbücher und ggf. weiterer Leistungsgesetze hinweg zu denken, wodurch erheblich höhere Ansprüche an die Angebotsstrukturen und deren patientenbezogene Koordination gestellt werden. Um die Überwindung herkömmlicher Versorgungsblockaden zu unterstützen, erscheint es dringend notwendig, auch in der Qualitätsdarstellung eine Betrachtungsebene des Gesundheitssystems als integratives Struktur- und Prozessgebäude einzubeziehen. Hierdurch sollte also eine Kooperation nicht nur zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern aus dem SGB V gefördert werden, sondern eine, die darüber hinausgeht und Angebote und Leistungen aus anderen SGB berücksichtigt. Beispielsweise könnten Leistungen zur Teilhabe im Bereich Wohnen und Arbeiten einbezogen werden, um eine wohnortnahe leitliniengerechte Versorgung von psychiatrischen Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, wie sie bereits seit 1975 von der Enquête-Kommission gefordert wird (BT-Drs. 7/4200 vom 25.11.1975). Seitdem wurde dies in unterschiedlicher Ausgestaltung in zahlreichen Modellvorhaben erprobt (Moock et al. 2012, Schmid et al. 2013). Nichtsdestotrotz ist die Forderung nach einer verbesserten Kooperation der Behandelnden über die Sektoren und die Koordination der Leistungen aus allen erforderlichen SGB für eine wohnortnahe Versorgung bis heute aktuell (DGPPN 2019b, SVR Gesundheit 2018, DGPPN 2019a).

Der Nutzen von Systemindikatoren liegt darin, strukturell bedingte Minderversorgung, die sich der Verantwortung der behandelnden Fachärztinnen und Fachärzte entzieht, zu erkennen und diese auf übergeordneter Ebene beheben zu können. Anhand der Informationen über den tatsächlichen Bedarf an komplexen Behandlungsangeboten kann das regional vorhandene Angebot in Bezug hierzu gesetzt werden. Wenn diese Informationen die Verantwortungsträgerinnen und Verantwortungsträger auf Landes- und Bundesebene sowie die Akteure vor Ort erreichen, wird ermöglicht, regional fokussiert auf eine Verbesserung der strukturellen Versorgungsangebote hinzuwirken, und damit ein mögliches Risiko von Fehlallokationen zu vermeiden. Dies stellt ein großes Potential zur zielgerichteten strukturellen Verbesserung der Versorgung dar.

## **6.1 Besonderheiten der Systemqualität**

### **6.1.1 Regionaler Bezug**

Indikatorergebnisse zu therapeutischen Leistungen, die von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten bzw. Einrichtungen nicht selbst erbracht, sondern nur verordnet oder koordiniert werden, können diesen nur dann verantwortlich zugewiesen werden, wenn die strukturellen Voraussetzungen im Versorgungssystem so gegeben sind, dass in jeder Region hinreichend Spezialtherapeutinnen und -therapeuten und Behandlungskapazitäten vorhanden sind. Gemessen an den „überdurchschnittlich langen Wartezeiten“, „besonders ausgeprägt im Bereich der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie“ (SVR Gesundheit 2018: 683), ist dies derzeit in Deutschland nicht überall der Fall. Daher müssen die Ergebnisse so zurückgespiegelt werden, dass der Bezug nicht der einzelne Leistungserbringer, sondern die Versorgungsregion darstellt. Damit die Ergeb-

nisse zum Erhalt therapeutischer Maßnahmen fundiert interpretiert werden und handlungsauslösend sein können, sollten diese mit einem regionalen Bezug versehen werden, der kleinteiliger als die Landesebene ist. Die Enquête-Kommission hat in ihrem „Bericht zur Lage der Psychiatrie in der BRD – zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung“ bereits eine Bündelung bedarfsgerechter Dienste in sogenannte Standardversorgungsbereiche mit einer Größe von ungefähr 250.000 Einwohnerinnen und Einwohnern vorgesehen, wobei politisch oder natürlich gegebene Einheiten übernommen werden sollten (BT-Drs. 7/4200 vom 25.11.1975: 28). Diese geographische Größe wird als überschaubare Einheit angesehen, in der ein „gemeindenahes Zusammenwirken aller an Beratung, Behandlung, Betreuung und Rehabilitation psychisch Kranker“ Beteiligter gewährleistet werden könne (BT-Drs. 7/4200 vom 25.11.1975: 309). Diese Ebene entspricht am ehesten der Landkreisebene. Die Kodierung der Kreise könnte anhand des Leistungserbringer-Regionsschlüssels<sup>4</sup> der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) erfolgen. Dieser wäre in den Datenannahmestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zu den einzelnen Leistungserbringern/Arztpraxen (neben der dort stattfindenden Leistungserbringer-Pseudonymisierung) zu ergänzen. Der Regionsschlüssel im QS-Datensatz würde in der Bundesauswertungsstelle über das Leistungserbringer-Pseudonym mit den sozialdatengestützten Indikatoren verknüpft werden können (vgl. Abbildung 2). So wäre es möglich, diese Indikatorergebnisse mit Bezug zum Versorgungssystem auf regionaler Ebene der Landkreise darzustellen.

Eine alternative Art der räumlichen Zuordnung von pseudonymisierten Leistungserbringern zu Landkreisen wäre theoretisch über die Erhebung der ersten drei Stellen der Postleitzahlen denkbar, diese wäre aber mit zu großen Ungenauigkeiten versehen. So wäre nur für 21 % der Postleitzahlen auf dreistelliger Ebene eine eindeutige Zuordnung zu einem Landkreis möglich<sup>5</sup>.

Eine Verknüpfung von Postleitzahlen zu Raumordnungsregionen (ROR) wäre ebenfalls denkbar. Aber zum einen ergeben sich dabei ebenso Ungenauigkeiten (eine eindeutige Verknüpfung von den ersten drei Stellen der Postleitzahlen zu ROR ist nur in 51 % der Postleitzahlengebiete möglich).<sup>6</sup> Zum anderen korrespondieren die ROR zwar mit den Planungsregionen der Länder, aber nicht mit den Planungsregionen der Kassenärztlichen Vereinigungen für die in das QS-Verfahren einbezogenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Eine regionale Darstellung auf der Ebene der Gemeinden oder vier- bzw. fünfstelliger Postleitzahlen erscheint dem IQTIG ebenso wie der Enquête-Kommission (s. o.), insbesondere mit Blick auf die ambulante fachärztliche Versorgung im ländlichen Raum, zu kleinteilig. Zudem erscheinen für die Veröffentlichungen auf dieser Ebene auch datenschutzrechtliche Überlegungen limitierend. Das IQTIG empfiehlt daher für die Systemindikatoren eine Darstellung auf Landkreis-/ Landes- und Bundesebene.

---

<sup>4</sup> Siehe Anlage 1 der K Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern. URL:

[http://www.kbv.de/media/sp/Arztnummern\\_Richtlinie.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Arztnummern_Richtlinie.pdf) (abgerufen am 30.07.2019).

<sup>5</sup> Berechnung anhand von Daten des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung.

<sup>6</sup> Berechnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (schriftliche Auskunft vom 11.03.2019).

### 6.1.2 Verantwortungszuschreibung von Ergebnissen

Eine klassische Verantwortungszuschreibung an einen singulären Leistungserbringer ist bei Indikatorergebnissen zur Systemqualität nicht möglich. Als Adressaten dieser Ergebnisse können aber jene Akteure im Gesundheitswesen identifiziert werden, die die Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für die Erzielung von Qualitätsergebnissen beeinflussen können. Im Fall der Systemindikatoren und System-Transparenzkennzahlen zur ambulanten Psychotherapie, Soziotherapie und häuslichen Krankenpflege obliegt es den Selbstverwaltungen auf Bundes- und Landesebene, die strukturellen Bedingungen zu gestalten (Richtlinien des G-BA zu Psychotherapie<sup>7</sup>, Soziotherapie<sup>8</sup>, Ambulanter Pflege<sup>9</sup>; Bedarfsplanungen für Psychotherapeuten durch Kassenärztliche Vereinigungen). Es liegt nicht in der Verantwortung der einzelnen behandelnden, psychiatrisch tätigen Ärztinnen und Ärzte, ob eine Psychotherapeutin / ein Psychotherapeut oder eine Soziotherapeutin / ein Soziotherapeut in der Nähe ist und Kapazitäten für die Behandlung bzw. Betreuung einer schizophrenen Patientin / eines schizophrenen Patienten hat. Es werden sich auf regionaler Ebene Unterschiede in den strukturellen Gegebenheiten und somit auch in der Inanspruchnahme von Therapien zeigen, die unter Umständen mithilfe der für die Systemstrukturen (Rahmenbedingungen, Angebot etc.) verantwortlichen Akteure zu verbessern sein werden. Dies ist vor allem die Selbstverwaltung auf Landes- und Bundesebene (G-BA: GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Patientenvertretungen, Länder, Bundesärztekammer, Bundespsychotherapeutenkammer, Deutscher Pflegerat), kann aber auch Akteure außerhalb der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen einschließen (Gemeindepsychiatrie<sup>10</sup>, kommunale Verwaltung, Politik etc.).

### 6.1.3 Handlungsebenen

Konkrete Maßnahmen, die sich aus den Ergebnissen der Inanspruchnahme von Therapien ergeben, könnten die analytische Betrachtung von strukturellen Gegebenheiten sein. Ein Vergleich mit anderen Regionen, die z. B. über genügend Therapeutinnen und Therapeuten verfügen, könnte möglicherweise Anreize oder Rahmenbedingungen offenbaren, die eine Anpassung derer Anzahl zur Folge haben könnten. Oder aber es wären gemeinsame Anstrengungen der Krankenkassen auf Landesebene und der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen in Kooperation mit regionalen Einrichtungen denkbar, um bei ausreichender Anzahl von Therapeutinnen und Therapeuten eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Patientinnen und

---

<sup>7</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. In der Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert am 18. Oktober 2018, in Kraft getreten am 21. Dezember 2018. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/20/> (abgerufen am: 30.07.2019).

<sup>8</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung. In der Neufassung vom 22. Januar 2015, zuletzt geändert am 16. März 2017, in Kraft getreten am 8. Juni 2017. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/24/> (abgerufen am 30.07.2019).

<sup>9</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege. In der Fassung vom 17. September 2009, zuletzt geändert am 17. Januar 2019, in Kraft getreten am 22. Februar 2019. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/11/> (abgerufen am: 30.07.2019).

<sup>10</sup> In der Region Hannover werden beispielsweise jährlich im Rahmen der psychiatrischen Berichterstattung Kennzahlen zur Fallarbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes und zum Umfang ambulanter Eingliederungshilfen nach § 53 SGB XII berechnet, u. a. um regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Hilfen zu analysieren und anhand dessen zu planen (Elgeti 2019).

Patienten mit Schizophrenie zu erreichen. Je nach Region gäbe es unter Einbeziehung möglichst vieler/aller Akteure vor Ort Möglichkeiten, Leistungserbringer zu vernetzen, bereits bestehende Kooperationen durch IT-Lösungen zu unterstützen, IV-Modelle oder andere Versorgungsmodelle anzusiedeln bzw. in die Regelversorgung zu übernehmen oder auch eine gute gemeindepsychiatrische Versorgung aufzubauen. Eine wesentliche Information bei der Bewertung der strukturellen Versorgung mit Therapeutinnen und Therapeuten ist die Kenntnis des vorhandenen Bedarfs an spezifischen Angeboten. Die Interpretation der unterschiedlichen Inanspruchnahme von Leistungen in verschiedenen Räumen deckt sich oft nicht mit dem tatsächlichen lokalen Bedarf<sup>11</sup> – zumindest im Rahmen der Bedarfsplanung besteht die Vermutung, dass die Inanspruchnahme „nicht zwingend dem tatsächlichen Bedarf [entspricht], sondern zumindest teilweise aktuellen Versorgungsstrukturen geschuldet [ist]“ (KV RLP 2012: 65). Die wesentliche Information über den wirklich vorhandenen Bedarf erfordert die Berücksichtigung der Indikationsstellung bzw. Bewertung durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bzw. der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Aus der Befragung von Chefärztinnen und Chefärzten und niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten durch den Sachverständigenrat Gesundheit geht hervor, dass die Wartezeiten auf eine ambulante Psychotherapie und auch auf die Behandlung durch eine ambulante Psychiaterin / einen ambulanten Psychiater als „deutlich zu lang“ (50 % der Befragten) bzw. zusammen mit der Bewertung als „eher zu lang“ (insgesamt 85 % der Befragten) angesehen werden. Die geschätzte Wartezeit auf einen ambulanten Psychotherapieplatz beträgt ca. 4 Monate, wobei aber auch Wartezeiten von 1 bis 2 Jahren angegeben wurden (SVR Gesundheit 2018: 725).

Für eine intendierte Verbesserung der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung wird die Koordinierung der unterschiedlichen Angebote ein wesentliches Element des Verbesserungspotenzials ausmachen. Denn obwohl der Zugang zu Gesundheitsleistungen für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen in Deutschland besser als in vielen anderen Ländern ist (EIU 2014), scheint die Koordination häufig noch ausbaufähig zu sein (SVR Gesundheit 2018, Jacobi et al. 2019). Die ambulanten und stationären Leistungserbringer vor Ort können im Rahmen des QS-Verfahrens durch die Akteure der Selbstverwaltung auf Landes- und Bundesebene (G-BA) unterstützt werden. Darüber hinaus weist der Sachverständigenrat Gesundheit auch auf die Bundesländer hin, die eine Verantwortung für die Gestaltung der psychiatrischen Versorgung trügen (SVR Gesundheit 2018: 686). Diese wird in unterschiedlicher Weise auch auf kommunaler Ebene ausgestaltet. Inzwischen gibt es in allen 401 Gebietskörperschaften einen Sozialpsychiatrischen Dienst<sup>12</sup>, welcher eine wichtige Aufgabe bei der Koordinierung und Umsetzung der gemeindepsychiatrischen Versorgung haben könnte, aber oftmals hierfür nicht entsprechend ausgestattet und vorgesehen ist (Elgeti

---

<sup>11</sup> Es gibt regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen und Zusammenhänge zwischen Leistungserbringer-Dichte und Inanspruchnahme von Leistungen. Dabei ist es jedoch schwierig, die regional stark variierenden Angebotsstrukturen oder anderen Einflussfaktoren zu isolieren und vom tatsächlichen Bedarf zu trennen (SVR Gesundheit 2018: 704).

<sup>12</sup> Sozialpsychiatrische Dienste stellen einen wichtigen Bestandteil der kommunalen psychosozialen Versorgung dar. Auch wenn die Angebote und Finanzierung bzw. Angliederung in den Bundesländern variiert, so stellen Sozialpsychiatrische Dienste die Versorgung und Hilfen für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen der jeweiligen Region sicher durch Beratung, Sprechstunden, Koordination von Einzelhilfen, Durchführung von Hausbesuchen etc. (Melchinger 2008, Psychiatrienetz [kein Datum]).

2019). Mit der Veröffentlichung von systembezogenen Qualitätsinformationen könnte der G-BA allen oben genannten Akteuren eine aussagekräftige Handlungsgrundlage zur Verfügung stellen.

Die Ergebnisse von Systemindikatoren und System-Transparenzkennzahlen sollen von den Expertengremien auf Landes- und Bundesebene qualitativ eingeschätzt und hinsichtlich möglicher Handlungsanschlüsse kommentiert werden. Diese Einschätzungen werden vom IQTIG zusammengeführt und an den G-BA weitergeleitet. Dieser prüft dann, inwieweit diese Erkenntnisse Anstöße für die Weiterentwicklung der spezifischen Richtlinien des G-BA, hier zur ambulanten Psychotherapie, zur Soziotherapie und zur psychiatrischen Pflege, geben.

Da eine Entwicklung einer stärker integrativen, sektoren- und bereichsübergreifenden Versorgung nicht nur durch regulatorische Bestimmungen, sondern auch durch lokales und regionales Handeln und Vernetzen der Leistungserbringer unterstützt wird, erscheint es neben der Bereitstellung aggregierter Daten auf Ebene der Regionen auch sinnvoll, den am QS-Verfahren teilnehmenden, individuellen Leistungserbringern selbst (z. B. Fachärztinnen und Fachärzte) entsprechende Qualitätsdaten für ihr Patientenkollektiv transparent zu machen.

## **6.2 Darstellung der Versorgungsqualität anhand von Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen der Systemebene**

Auftragsgemäß werden in diesem Bericht anhand der sozialdatengestützten Systemindikatoren die Systemqualität dargelegt und die Indikatoren anhand der neu erschienenen S3-Leitlinien der DGPPN sowohl inhaltlich als auch hinsichtlich der Operationalisierung überarbeitet.

Um die Versorgungsqualität der Behandlung von Patientinnen und Patienten, die an Schizophrenie erkrankt sind, angemessen darstellen und bewerten zu können, müssen Aspekte der Versorgung, die außerhalb der Verantwortung von behandelnden Ärztinnen und Ärzten liegen, mit abgebildet werden. Dies kann sowohl anhand von Indikatoren auf Systemebene oder ergänzenden systembezogenen Transparenzkennzahlen geschehen. Eine Kennzahl kann zu einem Systemindikator werden, wenn beispielsweise anhand von wissenschaftlicher Evidenz ein Referenzbereich definiert werden kann. Bei den zu verordnenden, spezifischen therapeutischen Leistungen muss dem unterschiedlich vorhandenen Angebot spezifischer Leistungserbringer Rechnung getragen werden. Solange diese Angebote regional (noch) nicht gegeben sind, muss die Qualitätsanforderung im Sinne des Leistungserhalts aus der Verantwortung des verordnenden Leistungserbringers und damit aus dem Qualitätsindikator herausgenommen werden. Liegt aber grundsätzlich eine regionale Angebotsstruktur vor, kann die Behandlungsqualität des einzelnen Leistungserbringers im Qualitätsindikator bewertet werden. Allerdings werden in den systembezogenen Transparenzkennzahlen die aktuell gegebenen, notwendigen strukturellen Voraussetzungen für die regionale Realisierung einer leitliniengerechten Versorgungsqualität deutlich.

### **6.2.1 Exkurs zu Kennzahlen**

Im Bericht zur Umsetzung des Konzepts zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen werden Kennzahlen ausführlich charakterisiert, in verschiedenen Varianten dargelegt und den Indikatoren bei der Abbildung der Versorgungsqualität zur Seite gestellt (IQTIG 2018c: 8). Die neu einge-

fürten Kennzahlen zur Darstellung der Versorgungsqualität auf Systemebene sind Transparenzkennzahlen. Diese können das Versorgungsgeschehen sektoren- oder settingübergreifend beschreiben und erhöhen somit die Transparenz durch spezifische Informationen zu einem bestimmten qualitätsrelevanten Aspekt, der nicht allein durch einen Qualitätsindikator darstellbar ist. Hierzu können auch strukturelle Parameter gehören (IQTIG 2018c).

In der folgenden Tabelle sind alle entwickelten Indikatoren zur Systemqualität aufgeführt und die durch die Aktualisierung erarbeiteten Modifizierungen sowie der neu entwickelte Indikator zur ambulanten psychiatrischen Pflege (APP) aufgeführt. Der Indikator zur Psychopharmakotherapie wird gesondert betrachtet (siehe Abschnitt 5.3).

Tabelle 2: Indikatoren und Transparenzkennzahlen zur Systemqualität

Entwickelte Indikatoren zur Systemqualität (Indikatorenset 1.1)	Veränderung im Rahmen der Aktualisierung (Indikatorenset 1.2)	Transparenzkennzahlen
Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)	ÜBERARBEITET: Erweiterung um Transparenzkennzahlen	<p>auf Leistungserbringerebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil der Patientinnen und Patienten mit kognitiver Verhaltenstherapie an allen Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie aus der Indikatorgrundgesamtheit</li> </ul> <p>auf Systemebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil der Patientinnen und Patienten mit kognitiver Verhaltenstherapie an allen Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie aus der Indikatorgrundgesamtheit</li> </ul>
Soziotherapie (Systemindikator)	<p>ÜBERARBEITET: Datenquelle fallbezogene QS-Dokumentation statt Sozialdaten</p> <p>Veränderung des Indikators zu einem leistungserbringerbezogenen Indikator und Erweiterung um Transparenzkennzahlen</p>	<p>auf Leistungserbringerebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil der Patientinnen und Patienten an der Indikatorgrundgesamtheit, für die Soziotherapie nur außerhalb der Soziotherapie-Richtlinie realisiert werden kann</li> <li>▪ Anteil der Patientinnen und Patienten an der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine Soziotherapie nicht über die Regelversorgung bereitgestellt werden kann</li> </ul> <p>auf Systemebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine Soziotherapie gemäß der Soziotherapie-Richtlinie des G-BA bereitgestellt werden kann, an allen Patientinnen und Patienten mit Indikation für Soziotherapie</li> <li>▪ Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die soziotherapeutische Maßnahmen nur außerhalb der Soziotherapie-Richtlinie realisiert werden können</li> <li>▪ Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine soziotherapeutische Leistung nicht über die Regelversorgung (6 = Andere Möglichkeit der Versorgung) bereitgestellt werden kann,</li> </ul>

Entwickelte Indikatoren zur Systemqualität (Indikatorenset 1.1)	Veränderung im Rahmen der Aktualisierung (Indikatorenset 1.2)	Transparenzkennzahlen
-	NEU: Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) (fallbezogene QS-Dokumentation) als leistungserbringerbezogenen Indikator und Transparenzkennzahlen	<p>auf Leistungserbringerebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die APP nur außerhalb der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie realisiert werden konnte</li> <li>▪ Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine APP nicht über die Regelversorgung bereitgestellt werden konnte</li> </ul> <p>auf Systemebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil der Patientinnen und Patienten an der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine APP gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie bereitgestellt werden kann</li> <li>▪ Anteil der Patientinnen und Patienten an der Indikatorgrundgesamtheit, für die APP nur außerhalb der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie realisiert werden kann</li> <li>▪ Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine APP nicht über die Regelversorgung bereitgestellt werden kann</li> </ul>

In der folgenden Tabelle sind die anderen entwickelten Indikatoren zur Systemqualität aufgelistet, die in der Beauftragung des G-BA vom 17. Januar 2019 bei der Überarbeitung zunächst nicht berücksichtigt werden sollten (G-BA 2019).

Tabelle 3: Entwickelte Indikatoren zur Systemqualität, die vom G-BA im Auftrag vom 17. Januar 2019 zurückgestellt wurden

Indikatorbezeichnung	Sektor
Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung	ambulant
Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS)	stationär
Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS)	ambulant
Erlebte Teilhabe an Erwerbstätigkeit (Teilhabledimension Arbeit und Beruf)	ambulant
Status der Erwerbstätigkeit (Teilhabledimension Arbeit und Beruf)	ambulant
Erlebte Teilhabe in der Teilhabledimension Wohnen	ambulant
Status der Wohnsituation (Teilhabledimension Wohnen)	ambulant

### 6.2.2 Änderungen am Qualitätsindikator „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“

Die in den Abschlussbericht des IQTIG vom 22. Dezember 2017 eingearbeiteten Empfehlungen zur Psychotherapie werden in der aktualisierten S3-Leitlinie Schizophrenie aufrechterhalten und beziehen ebenso wie die Empfehlungen zur Psychopharmakotherapie grundsätzlich alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie ein. Allerdings wird keine Differenzierung mehr zwischen stationären und ambulanten Angeboten vorgenommen, sondern im Sinne der Patientenzentrierung eine generelle Empfehlung unabhängig vom Setting ausgesprochen. Neu ist auch, dass die für geforderte Psychotherapie insbesondere eine kognitive Verhaltenstherapie empfohlen wird (DGPPN 2019a). Entsprechend wird der entwickelte Indikator angepasst. Da die Richtlinien-Psychotherapie keine verordnungspflichtige Leistung darstellt, sind die behandelnden Fachärztinnen und Fachärzte nicht verantwortlich für die Inanspruchnahme einer Psychotherapie durch die Patientinnen und Patienten. Dieser Indikator soll daher weiterhin auf Systemebene erhoben werden. Da laut der Leitlinie für alle Patientinnen und Patienten eine Indikation für eine Psychotherapie besteht, kann der Indikator anhand von Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden, da die Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Indikation der Grundgesamtheit des QS-Verfahrens entspricht.

Der Indikator erhebt somit die Anzahl aller ambulant durchgeführten Therapieformen nach Psychotherapie-Richtlinie an allen Patientinnen und Patienten, die an Schizophrenie erkrankt sind und mindestens über zwei Quartale von einer niedergelassenen Fachärztin oder einem niedergelassenen Facharzt behandelt wurden. Die Grundgesamtheit der Patientinnen und Patienten dieses Indikators bleibt die Grundgesamtheit des QS-Verfahrens und soll für die Sozialdaten-Indikatoren nicht verändert werden. Es wird nicht empfohlen, Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie anderer fachärztlicher Gruppen, die nicht am QS-Verfahren teilnehmen (z. B. Hausärztinnen und Hausärzte), einzubeziehen.

Auftragsgemäß wurde anhand der vorliegenden Krankenkassendaten aus dem Jahr 2014 berechnet, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung, die mindestens zwei Quartale bei einer Fachärztin / einem Facharzt für Psychiatrie oder Neurologie behandelt (Grundgesamtheit des QS-Verfahrens) wurden, eine ambulante Psychotherapie erhalten habe. Diese sollen im Vergleich betrachtet werden zu allen Patientinnen und Patienten, die gar nicht oder nur in einem Quartal von einer Fachärztin / einem Facharzt der Facharztgruppe 51 oder 58 behandelt wurden. Es gab 2014 165.846 Patientinnen und Patienten in der Grundgesamtheit des QS-Verfahrens, die nicht zusätzlich an einer Demenz oder Intelligenzminderung litten, versus 298.405 Patientinnen und Patienten, die gar nicht oder nur in einem Quartal von den entsprechenden Fachärztinnen und Fachärzten behandelt wurden. Von dem in das QS-Verfahren eingeschlossenen Patientinnen und Patienten erhielten 18 % eine ambulante Psychotherapie versus 21 % aller Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung. Als ambulante Psychotherapie wurden alle abrechnungsfähigen Leistungen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (GOP 35200-35203), der analytischen Psychotherapie (GOP 35210-35211) sowie der Verhaltenstherapie (GOP 35220-35225) in Einzel- wie Gruppensitzungen einbezogen sowie die probatorischen Sitzungen (GOP 35150). 42 % der Psychotherapiebehandlungen waren lediglich probatorische Sitzungen. Die

Psychotherapien (ohne Probatorik) wurden in 59 % als kognitive Verhaltenstherapie durchgeführt.

In der aktuellen S3-Leitlinie wird gefordert, dass allen Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie eine Psychotherapie angeboten werden soll (DGPPN 2019a). Daraus ergibt sich für den Referenzbereich, dass möglichst alle Patientinnen und Patienten eine Psychotherapie erhalten sollen. Da über Sozialdaten aber nicht ermittelbar ist, wie viele Patientinnen und Patienten eine solche Therapie abgelehnt haben, wird ein Referenzbereich für den Erhalt einer Richtlinien-Psychotherapie von  $\geq 90\%$  empfohlen.

In einer zusätzlichen systembezogenen Transparenzkennzahl wird entsprechend der Leitlinie der Anteil der kognitiven Verhaltenstherapien an den Richtlinien-Psychotherapien der Patientinnen und Patienten ausgewiesen.

Die in das QS-Verfahren eingeschlossenen Fachärztinnen und Fachärzte erhalten ebenfalls eine Rückmeldung in Form einer Transparenzkennzahl zur Inanspruchnahme von Richtlinien-Psychotherapie ihrer Patientinnen und Patienten.

### **6.2.3 Änderungen am Qualitätsindikator „Soziotherapie (Systemindikator)“**

Die Soziotherapie wird in der neuen S3-Leitlinie unverändert zur gezielten Anwendung empfohlen (DGPPN 2019a). Die Soziotherapie ist indiziert bei Menschen, deren Aktivitäten und kognitive sowie soziale Fähigkeiten gestört sind und bei denen diese Störung/Beeinträchtigung ein bestimmtes Ausmaß (höchstens 40 bzw. 50 Punkte bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie auf der GAF-Skala) erreicht. Soziotherapeutische Interventionen haben zum Ziel, durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen psychosoziale Funktionen, Belastbarkeit, Ausdauer und Compliance zu verbessern (Carius 2019). Des Weiteren werden bedarfsweise die verschiedenen Versorgungsangebote koordiniert, die Menschen mit psychischen Erkrankungen bei der selbstständigen Inanspruchnahme dieser, aber auch bei der Strukturierung des Tages oder bei erkennbaren oder auftretenden Krisen unterstützen (DGPPN 2019a: 26). Zur Bewertung der Inanspruchnahme von Soziotherapie ist die Kenntnis des Bedarfs unabdingbar. Der tatsächliche Bedarf ist nur über fallbezogene QS-Dokumentationen erfassbar. Aufgrund einer fallbezogenen QS-Dokumentation kann dieser Qualitätsindikator mit Systembezug auch den Leistungserbringer bewerten. Dafür ist es allerdings notwendig, die strukturellen Gegebenheiten in der jeweiligen Region als mögliche Ursache für eine nicht erfolgte Verordnung bei vorliegender Indikation aus der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators herauszurechnen. Wenn dies erfolgt ist und die patientenseitige Ablehnung einer soziotherapeutischen Maßnahme berücksichtigt wurde, kann die Leistung der einzelnen Einrichtung oder der niedergelassenen Fachärztin / des niedergelassenen Facharztes mit einem entsprechend hohen Referenzbereich von  $\geq 95\%$  gefordert werden. Die strukturellen Gegebenheiten fallen regional sehr unterschiedlich aus. So gebe es derzeit mit 600 Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten bundesweit keine flächendeckende Versorgung mit soziotherapeutischen Angeboten, in drei Bundesländern gebe es keine einzige Soziotherapeutin / keinen einzigen Soziotherapeuten (Bühning 2019). Die Infor-

mation zum soziotherapeutischen Angebot vor Ort beinhaltet also eine Aussage über die Systemqualität in der jeweiligen Region, welche in Form einer Transparenzkennzahl auf Ebene des Versorgungssystems dargelegt wird.

Soziotherapeutische Leistungen können auch in PIAs angeboten werden oder ggf. teilweise durch eine entsprechende Ambulante Psychiatrische Pflege (APP). Außerhalb der Regelversorgung können äquivalente Leistungen in Modellprojekten oder IV-Verträgen erbracht werden. Außerhalb des SGB V werden vergleichbare Leistungen im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) zu wichtigen Aspekten des Lebens angeboten und koordiniert. Hier werden in § 102 BTHG die Leistungen der Eingliederungshilfen aufgelistet und im Kapitel 13 BTHG im Einzelnen die Leistungen zur Beschaffung, zum Umbau, zur Ausstattung und Erhaltung von Wohnraum (§ 77), die Assistenzleistungen zu Tagesstrukturierung, Alltag, Haushalt, Freizeit sowie Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen (§ 78) aufgeführt sowie die Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten dargelegt. Es sollen „Maßnahmen zur Vornahme lebenspraktischer Handlungen“ einschließlich der Befähigung „hauswirtschaftlicher Tätigkeiten“ angeboten werden, ebenso Maßnahmen zur Verbesserung der „Sprache und Kommunikation“ (§ 81 BTHG). Diese und weitere Maßnahmen sollen die Menschen befähigen, teilzuhaben am Arbeitsleben, aber auch, um sich u. a. sicher im Straßenverkehr zu bewegen. Entsprechend werden die verschiedenen Möglichkeiten, soziotherapeutische Leistungen außerhalb der im Indikator zugrunde gelegten Soziotherapie nach Richtlinie zu bekommen, abgefragt, um ein differenziertes Bild der bedarfsgerechten Versorgung innerhalb einer Region zu erhalten.

#### **6.2.4 Einführung des neuen Qualitätsindikators „Ambulante psychiatrische Pflege (APP)“**

Die psychiatrische Versorgung wird nicht nur von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten durchgeführt, sondern gerade bei Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen gemeinsam mit vielen weiteren Professionen (DGPPN 2013: 94). Dabei stellt die psychiatrische ambulante Pflege in Form von gemeindenahen und aufsuchenden Angeboten eine wesentliche Stütze in der ambulanten Versorgung dar (DGPPN 2019b: 127). Durch die pflegerisch-psychiatrische Versorgung im häuslichen Lebensumfeld sollen die Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sichergestellt und die Unterstützung bei krankheitsbedingten Funktionsstörungen, das Selbstmanagement sowie die Lebensqualität gefördert werden. Insbesondere in Krisensituationen kann die APP eine Stabilisierung der Situation bewirken. Allerdings ist ein Angebot der APP in Deutschland nicht flächendeckend verfügbar (Gühne et al. 2019). Aufgrund der besonderen Bedeutung der APP wird dieser Qualitätsindikator auch nachdrücklich vom Expertengremium des IQTIG empfohlen. In der aktualisierten S3-Leitlinie zu Psychosozialen Therapien wird der häuslichen psychiatrischen Pflege viel Raum gegeben (DGPPN 2019b: 49-55). So wird ausgeführt, dass die APP geeignet sei, den unterschiedlichen Hilfsbedarfen im häuslichen Umfeld wirksam zu entsprechen und sie ebenso bei Funktionseinschränkungen und zur Förderung von Selbst- und Krankheitsmanagement verordnet werden solle (Statement 6 (NEU) (DGPPN 2019b: 127). Da die häusliche psychiatrische Pflege ein Spezifikum der ambulanten psychiatrischen Versorgung in deutschsprachigen Ländern ist, findet sich in der internationalen Literatur keine explizite Entsprechung. Allerdings gibt es zahlreiche Studien, die

aufsuchenden Behandlungen durch Pflegekräfte bei Patientinnen und Patienten mit einem intensiven Betreuungsbedarf (z. B. durch Gemeindepflegerinnen und -pfleger in Großbritannien) mituntersuchen und in der Folge eine Reduktion von stationären Aufenthalten beschreiben (DGPPN 2019a). Aus dem deutschsprachigen Raum gibt es einige Studien, die eine Vermeidung von stationären Aufenthalten durch Versorgungsmodelle zeigen, in denen die psychiatrische Pflege beteiligt war (Karow et al. 2014). Entsprechend finden sich gut belegte Empfehlungen zu aufsuchenden Behandlungsansätzen (Empfehlung 12; Gühne et al. 2019), (Empfehlung 151; DGPPN 2019a)). Allerdings wird in der Langfassung der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien darauf hingewiesen, dass es zwar zunehmend gute Studien im Bereich der psychiatrischen Pflege gibt, es aber methodisch schwierig sei, die komplexen und interaktionsaktiven Pflegeinterventionen zu operationalisieren, insbesondere, wenn die Pflege eine unterstützende Funktion in komplexen Krisen- und Lebenssituationen hat. In Übersichtsarbeiten kann aber die Wirksamkeit von pflegerischen Interventionen u. a. zur Adhärenz, zum Medikamenten-Management und zu längerfristigen Hausbesuchen belegt werden (Gühne et al. 2019). Aufgrund dieser Besonderheiten einerseits und den umfassenden Darlegungen zur APP andererseits erscheint die Entwicklung eines Qualitätsindikators hierzu sinnvoll und hilfreich.

Bei der Analyse der Versichertendaten aus dem Jahr 2014 betrug die Grundgesamtheit aller Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie bzw. einer schizoaffektiven Störung, die mindestens zwei Quartale in Behandlung einer Fachärztin / eines Facharztes für Psychiatrie oder Neurologie 165.846. Hiervon hatten 1,5 % (2.495 Patientinnen und Patienten) in mindestens einem Quartal eine ambulante psychiatrische Pflege erhalten, 0,7 % (1.166 Patientinnen und Patienten) hatten mindestens über 2 Quartale eine solche Pflege bekommen. Von den Patientinnen und Patienten, die nicht mindestens zwei Quartale von den ins QS-Verfahren *Schizophrenie* eingeschlossenen Fachärztinnen und Fachärzten behandelt wurden, erhielten nur 87 (0,05 %) eine APP. Auch in der Richtlinie zur häuslichen Pflege gab es hinsichtlich der Verordnung von häuslicher psychiatrischer Pflege Erweiterungen, sodass aktuell die Versorgung mit APP etwas höher sein dürfte.

Anhand einer fallbezogenen QS-Dokumentation können sowohl ein Qualitätsindikator APP zu einem regulären Indikator für einen Leistungserbringer-Vergleich als auch eine Transparenzkennzahl mit Informationen über regionale strukturelle Gegebenheiten eingeführt werden. Da wie beim Indikator „Soziotherapie (Systemindikator)“ nicht nur die Indikation und das regionale Angebot von psychiatrischer Pflege berücksichtigt werden, sondern auch der Wille der Patientin / des Patienten hinsichtlich eines solchen therapeutischen Angebots, kann die Grundgesamtheit auf die Fälle eingegrenzt werden, für deren Versorgung bei gegebenem Angebot die behandelnde Fachärztin / der behandelnde Facharzt verantwortlich ist. Darum wird auch bei diesem Indikator der Referenzbereich bei  $\geq 95\%$  hoch angesetzt.

#### **6.2.5 Aufwand-Nutzen-Abwägung für Indikatoren auf Systemebene**

Für die Abwägung zwischen Aufwand und Nutzen werden die Spezifika der unterschiedlichen Datenquellen hier nur kurz skizziert. Die fallbezogene QS-Dokumentation kann präzise QS-relevante Informationen liefern, ist aber für die Leistungserbringer mit einem zeitlichen und zum Teil auch organisatorischen Aufwand verbunden. Die Informationen aus den Sozialdaten sind

primär zum Zwecke der Abrechnung erhoben worden und müssen nicht notwendigerweise das Behandlungsgeschehen abbilden. Dennoch haben sie den Vorteil, dass die Informationen aufwandsarm und zuverlässig vorliegen. Von Nachteil ist, dass diese der Qualitätssicherung erst mit einem erheblichen zeitlichen Verzug vorliegen. Das erschwert die Interpretation der QS-Ergebnisse, wenn die Ergebnisse der sozialdatenbasierten Indikatoren erst ein Jahr nach den Ergebnissen der Indikatoren auf Basis der fallbezogenen QS-Dokumentation aus demselben Erfassungsjahr vorliegen.

Bei den beiden Indikatoren zur Soziotherapie und zur APP ist es nach Abwägen der Vor- und Nachteile sinnvoll und geboten, aus dem sozialdatenbasierten Systemindikator zur Soziotherapie bzw. aus dem neuen Indikator zur APP einen Indikator auf Basis einer fallbezogenen QS-Dokumentation zu machen. Die von den Fachärztinnen und Fachärzten zu dokumentierende Indikationsstellung ermöglicht es, den tatsächlichen Bedarf für erforderliche strukturelle Angebote einzuschätzen. Mit der Beschränkung der Indikatorgrundgesamtheit auf Patientinnen und Patienten mit gegebener Indikation und unter Ausschluss von Fällen, für die kein strukturelles Angebot vorhanden ist, kann der Anteil der verordneten Soziotherapie in die Verantwortung des Leistungserbringers gestellt werden (regulärer Indikator). Die Erhebung zur Indikation und zum strukturellen Angebot bilden ergänzende systembezogene Transparenzkennzahlen. Im Gegenzug dazu erhält die indikationsunabhängige Erfassung von in Anspruch genommenen Leistungen auf Basis von Sozialdaten keine Informationen darüber, ob das Angebot hinreichend ist oder nicht. Somit ist eine ggf. notwendige strukturelle Qualitätsverbesserung in ihrem Umfang nicht valide erkennbar. Dies wäre nur dann der Fall, wenn für alle Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie grundsätzlich eine Indikation gegeben ist, wie dies bei der ambulanten Psychotherapie der Fall ist (s. o.).

Durch die anfallende fallbezogene QS-Dokumentation entsteht ein Aufwand, der insgesamt sechs zu dokumentierende Datenfelder umfasst. Wie groß dieser gemessen in Zeit und Organisationsaufwand zur Beantwortung der Datenfelder tatsächlich sein wird, lässt sich erst nach der Machbarkeitsprüfung aufzeigen. Aus Sicht des IQTIG steht dem Aufwand jedoch ein erheblicher Nutzen für die Patientinnen und Patienten gegenüber.

#### **6.2.6 Zurückgestellte Qualitätsindikatoren zur Systemqualität**

Zu den durch die Beauftragung des G-BA vom 17. Januar 2019 zurückgestellten Indikatoren zur Systemqualität finden sich ebenfalls starke Empfehlungen in den aktualisierten Leitlinien der DGPPN (G-BA 2019). In den aktualisierten Literaturrecherchen findet sich gute Evidenz für eine gemeindenahere multiprofessionelle nachgehende Behandlung (Empfehlung 148, 150, 151 DGPPN 2019a, Empfehlung 10, 11, 12, 13, 14 DGPPN 2019b). Für die Teilhabe im Bereich der arbeitsrehabilitativen Maßnahmen/Teilhabe am Arbeitsleben (Empfehlung 141, 142 DGPPN 2019a, Empfehlung 18, 19, 20 DGPPN 2019b) gibt es ebenfalls gute Evidenz ebenso wie für die Teilhabe im Bereich Wohnen bzw. Unterstützung im Bereich Wohnen (Empfehlung 140 DGPPN 2019a, Empfehlung 16, 17 DGPPN 2019b).

Insbesondere die Aufnahme der zurückgestellten Indikatoren zur Teilhabedimension Wohnen und zur Teilhabedimension Arbeit und Beruf (Erwerbstätigkeit) in das Indikatorenset des QS-

Verfahrens *Schizophrenie* würde die Betrachtung und Interpretation der Versorgungsqualität auf Systemebene sinnvoll ergänzen. Regionale Informationen zur Teilhabe würden als Bestandteil im Auswertungskonzept zur Systemqualität dazu dienen, ebenfalls gezielt Kooperationen aufzubauen oder zielgerichtet Angebote auszubauen. Da diese Aspekte für das umfassende Recovery der Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie sehr wichtig sind, die Leistungen aber in der Regel außerhalb des SGB V zu erbringen sind, kann das QS-Verfahren diese Aspekte nur auf Systemebene adressieren. Im Rahmen des von der S3-Leitlinie getragenen Recovery-Konzepts kommt den Fachärztinnen und Fachärzten aber eine wichtige Rolle beim Identifizieren von Bedarfen und als Hinweisgeber oder Vermittler zu Leistungsantragsstellen oder unter Umständen auch als Gutachterinnen und Gutachter zu.

### **6.2.7 Exkurs über verschiedene Modelle zur komplexen ambulanten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland**

Da eine flächendeckende Versorgung mit ambulanten Diensten wie APP und Soziotherapie nicht gegeben ist (s. o.), aber Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen dennoch vorrangig in ihrem vertrauten Umfeld behandelt werden sollen (DGPPN 2019a), gibt es seit vielen Jahren im Bemühen um eine Verbesserung der Versorgung zahlreiche Modellprojekte und Versorgungsmodelle. In fast allen Bundesländern existieren zwischen 2 und 6, im Median 4, Modellprojekte. In Schleswig-Holstein gibt es sogar 8 Modellvorhaben, in zwei Bundesländern keine. Die Projekte sind derzeit im Wesentlichen im SGB V bzw. in der Bundespflegesatzverordnung begründet und entsprechend etwas unterschiedlich ausgerichtet. Da die Einbeziehung von Leistungserbringern und Angeboten regional sehr verschieden ist, sind die verschiedenen Modellvorhaben programmatisch und inhaltlich nur grob zu beschreiben oder gar zu vergleichen. Allerdings ist praktisch allen zugrunde gelegt, Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen aufsuchend zu betreuen, die Betreuung/Hilfen zu koordinieren und zwischen den Leistungserbringern/ Versorgern zu kooperieren. Es gibt insgesamt 13 regionale Psychriatriebudgets, die mit Einführung des § 26 der Bundespflegesatzverordnung 2008 möglich wurden. Die regionalen Psychriatriebudgets zeichnen sich durch eine Behandlungsverantwortung für alle Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen in einer Region aus, die stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung umfasst. Eine der ersten und prominentesten Projekte zum regionalen Psychriatriebudget ist das Klinikum Itzehoe im Kreis Steinburg, das sowohl die Versorgung der Patientinnen und Patienten standardisiert erfasst als auch die Kosten evaluiert und publiziert hat. Auch das Isar-Amper-Klinikum München Ost und das ZfP Südwürttemberg gehören zu den regionalen Psychriatriebudgets. Einige Projekte basieren inzwischen auf § 64 b SGB V, welcher 2012 eingeführt wurde, um psychiatrische, sektorenübergreifende Modelle zu entwickeln. Auch hier werden Patientinnen und Patienten koordiniert über Sektoren- und Versorgungsgrenzen hinweg behandelt (stationär, teilstationär, PIA). Dabei kann die Modellklinik selbst über die Art der Leistung entscheiden, was meist eine kürzere stationäre, zusammen mit einer intensiveren ambulanten, Betreuung ermöglicht. Häufig sind mehrere Krankenkassen beteiligt. Patientinnen und Patienten müssen sich nicht in ein Modellprojekt einschreiben. Diese Form der modellhaften Versorgung ist zunächst auf höchstens acht Jahre

angelegt. Inzwischen gibt es 19 Modellprojekte, die auf § 64 b SGB V beruhen (Greve 2019). Daneben existieren Selektivverträge nach § 140 a SGB V, die häufig nur mit einzelnen Krankenkassen und in einer definierten Region mit einzelnen Leistungserbringern geschlossen werden. Ein Netz von verschiedenen Behandlerinnen und Behandlern und Versorgerinnen und Versorgern innerhalb einer Region koordiniert die Versorgung über die verschiedenen Behandlungssettings hinweg. Dadurch können vertraglich eingeschriebene Patientinnen und Patienten intensiv in der häuslichen Umgebung durch die beteiligten Professionen versorgt werden. Anhand der Selektivverträge können zwar neue oder andere Wege der Behandlung angeboten werden, allerdings steht diese Versorgungsform nur den Patientinnen und Patienten zur Verfügung, deren Krankenkasse ein entsprechendes IV-Modell anbietet. Prominente Beispiele für IV-Modelle dieser Art sind das Netzwerk psychische Gesundheit (NWpG), u. a. das Hamburger Modell, die Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB) oder auch das „stattkrankenhaus“ Pfalzlinikum (SVR Gesundheit 2018). Auch erste Modellvorhaben zu „Stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung“ nach § 115 d Abs. 2 SGB V durch Krankenhäuser werden im Rahmen eines Selektivvertrags erprobt (SVR Gesundheit 2018).

Darüber hinaus gibt es noch Modellprojekte, die über den Innovationsfonds gefördert werden. Viele Modellprojekte können zwar in unterschiedlichem Ausmaß eine so intensive ambulante Versorgung gewährleisten, dass stationäre Aufenthalte reduziert und verkürzt werden (neben weiteren Endpunkten) und dies zum Teil auch in Evaluationen belegen. Bislang ist jedoch nur mit der stationsäquivalenten Behandlung (§ 115 d SGB V) eine intensive ambulante Versorgung zur Verhinderung stationärer Aufenthalte als ein erster Schritt in der Regelversorgung gelungen. Entsprechend sind die Innovationsfonds-geförderten Projekte mit der Maßgabe versehen, möglichst in die Regelversorgung übernommen werden zu können. Beispiele hierfür sind das Projekt „Neuro-Psychiatrische und Psychotherapeutische Versorgung (NPPV)“ (KVNO 2018) in der Region KV Nordrhein und RECOVER, das „Modell der sektorenübergreifend-koordinierten, schwe-regradgestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen“ in Hamburg und Itzehoe (SVR Gesundheit 2018). Besonders hervorzuheben ist das Projekt Gemeindepsychiatrische Basisversorgung, das in neun Regionen eine ambulant-aufsuchende, psychosoziale Gesamtversorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen anbieten wird. Dabei werden bereits regional bestehende Strukturen und Vernetzungen ausgebaut und erforderliche Hilfen aus anderen Sozialgesetzbüchern einbezogen. In Anlehnung an das englische Vorbild der Community Mental Health Teams (CMHT), die niederländische Version des FACT (Flexible Assertive Community Treatment) und das skandinavische Konzept des Offenen Dialogs wird ein multiprofessionelles Team patientenindividuell Versorgungsbedarfe ermitteln, anbieten und bei der Inanspruchnahme unterstützen, eine aufsuchende Versorgung sowie einen vierstufigen Krisendienst (24/7) anbieten (Greve 2019, DVGP 2019).

Eine Übersicht über die verschiedenen Modellprojekte findet sich im Anhang D.

## 6.3 Auswertungskonzept

### 6.3.1 Auswertung

Im Rahmen der Aktualisierung des entwickelten Indikatorensets Schizophrenie wurden die Indikatoren der Systemqualität erläutert, konkretisiert und um Transparenzkennzahlen erweitert. Die Änderungen im Einzelnen sind in Abschnitt 6.2 zu jedem Indikator dargelegt und finden sich ebenso wie die konkreten Berechnungen des Systemqualitätsindikators sowie der Transparenzkennzahlen in den jeweiligen QI-Blättern im Indikatorenset (vgl. Indikatorenset 1.2). Die Regionalzuordnung der Patientinnen und Patienten soll nach dem Standort der zugeordneten Fachärztin / des zugeordneten Facharztes / der PIA vorgenommen werden, welche die Behandlung auch durchführen und koordinieren. Der Systemindikator behält damit die Betrachtungsperspektive des QS-Verfahrens bei. Dies ermöglicht auch eine Auswertung auf Ebene der Leistungserbringer, die diese über die Rückmeldeberichte erhalten. Gleichzeitig sind keine weiteren Regionaldaten der Patientinnen und Patienten selbst notwendig. Von besonderer Bedeutung ist der Bezug zur Versorgungsregion auf Landkreisebene. Dieser könnte durch die Datenannahmestelle bei den Kassenärztlichen Vereinigungen den QS-Datensätzen der zu pseudonymisierenden Leistungserbringer hinzugefügt werden, um genau die differenzierte Interpretation der regionalen Versorgung zu ermöglichen. Hierfür eignen sich die bereits bei den Kassenärztlichen Vereinigungen vorliegenden Regionsschlüssel der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte auf Landkreisebene. Selektivvertraglich versorgte Patientinnen und Patienten werden mit erfasst, da davon ausgegangen wird, dass es keine Vertragsärztin / keinen Vertragsarzt gibt, der nur selektivvertraglich Patientinnen und Patienten versorgt. Anderenfalls müsste der Regionsschlüssel den Informationen beigefügt werden, die die DAS-KV der DAS Selektivvertragliche Arztpraxis zur Leistungserbringerpseudonymisierung übermittelt. Für PIAs ist der Krankenhaus- bzw. Ambulanzstandort bekannt, diesem müsste ein Landkreis-Schlüssel (analog dem Regionsschlüssel der Kassenärztlichen Vereinigungen) angefügt werden bzw. eine entsprechende Matching-Tabelle zu den Standortpseudonymen an die Bundesauswertungsstelle übermittelt werden. So können die Auswertung des Systemqualitätsindikators und der systembezogenen Transparenzkennzahlen regional auf Ebene der Landkreise (n = 294), des Landes und des Bundes erfolgen.

Konzeptionell ist bei der Adressierung der Systemqualität bedeutsam, dass die regionalen Auswertungen auch veröffentlicht werden. So können die Qualitätsinformationen über den Rahmen der Selbstverwaltung hinaus von anderen beteiligten Institutionen, aber auch von Patientinnen und Patienten genutzt werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Mindestanforderungen für den Schutz von personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten sowie der Leistungserbringer einzuhalten sind.

Die Ergebnisse aller Systemindikatoren und System-Transparenzkennzahlen werden durch die Bundesauswertungsstelle einmal jährlich berechnet. Beim Systemindikator zur ambulanten Psychotherapie begründet sich der große Referenzbereich durch die Forderung der Leitlinie, dass jeder/jedem an Schizophrenie Erkrankten eine psychotherapeutische Behandlung angeboten werden soll. Die System-Transparenzkennzahlen zur Inanspruchnahme von Soziotherapie und

APP bleiben ohne Referenzbereich. Die Landesarbeitsgemeinschaften erhalten dann die Auswertungen der Auswertungsstelle nach § 10 (2) DeQS-RL zur Bewertung der Ergebnisse durch die Fachkommissionen auf Landesebene.

Die Ergebnisse zum Systemindikator „Ambulante Psychotherapie“ werden dann von den Expertinnen und Experten der Fachkommissionen auf Landes- und Bundesebene, orientiert am gegebenen Ziel der Erreichung des Referenzbereichs, eingeschätzt und kommentiert. Die Äußerungen der Fachkommissionen erfolgen als Freitext, eine kategoriale Bewertung wie bei den regulären Leistungserbringerindikatoren ist nicht sachgerecht. Die Transparenzkennzahlen zu den in Anspruch genommenen Therapien können den Expertinnen und Experten der Fachkommission bei der Einschätzung der Versorgungsqualität dienen. Es wird darum gehen, festzustellen, ob und inwieweit strukturelle Versorgungslücken bestehen, und ggf. Hinweise zur Behebung dieser zu formulieren. Die Einschätzungen und Kommentare der Fachkommissionen auf Landesebene werden an das IQTIG im Rahmen des Qualitätssicherungsergebnisberichts nach § 19 DeQS-RL übermittelt. Die Einschätzungen und Kommentare der Fachkommissionen werden schließlich dem G-BA im Rahmen des Bundesqualitätsberichts nach § 20 DeQS-RL mitgeteilt.

### **6.3.2 Handlungsanschlüsse**

Systemqualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen können Verbesserungsimpulse zur regionalen Versorgungssituation (z. B. Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen, neue Versorgungsinitiativen) und zu strukturellen Rahmenbedingungen (z. B. Richtlinien des G-BA) durch die Akteure auf Landes- und Bundesebene anregen. Zusätzlich ermöglichen sie es den Leistungserbringern, eine Übersicht zu vorhandenen Versorgungsangeboten in der Region zu erhalten und ggf. ihr eigenes Verordnungsverhalten anzupassen.

Durch eine Veröffentlichung der Ergebnisse zur Systemqualität können auch den Akteuren außerhalb der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen hilfreiche Orientierungen für die Ausgestaltung und Verbesserung der gesundheitlichen Infrastruktur gegeben werden. Laut Elgeti (2019) sind das Wissen um die Art der Versorgung auch im datengestützten Vergleich, das Identifizieren guter Beispiele oder auch von Lücken wesentlich für die Entwicklung einer angemessenen Versorgung in der Region. Letztlich haben auch Patientinnen und Patienten ein berechtigtes Interesse, entsprechende Versorgungsdaten aus ihrer Region transparent gemacht zu bekommen und ggf. in ihre Entscheidungen einzubeziehen.

### **6.3.3 Folgen für den Datenfluss**

Die Datenerhebung der fallbezogenen QS-Dokumentation für die in diesem Bericht dargestellten System-Transparenzkennzahlen (und ggf. für einzelne zurückgestellte Systemindikatoren) erfolgt durch die niedergelassenen Leistungserbringer, in den PIAs und im stationären wie teilstationären Setting gemäß § 15 DeQS-RL. Der Datenfluss wird wie in der Richtlinie vorgesehen eingehalten (siehe Anlage 1 der DeQS-RL), an einer Stelle wird allerdings eine Modifikation hinsichtlich der administrativen Daten in der Datenannahmestelle (DAS) bei den Kassenärztlichen Vereinigungen notwendig (§ 3 der Anlage 1 DeQS-RL). In der DAS bei den Kassenärztlichen Vereinigungen müsste ein administratives Feld mit dem Regionsschlüssel des Leistungserbringers

befüllt (analog zum Leistungserbringerpseudonym) und an die Bundesauswertungsstelle weitergeleitet werden, um eine Darstellung der Auswertungsergebnisse auf Kreisebene zu realisieren. Der modifizierte Datenfluss ist im seriellen Datenflussmodell dargestellt.

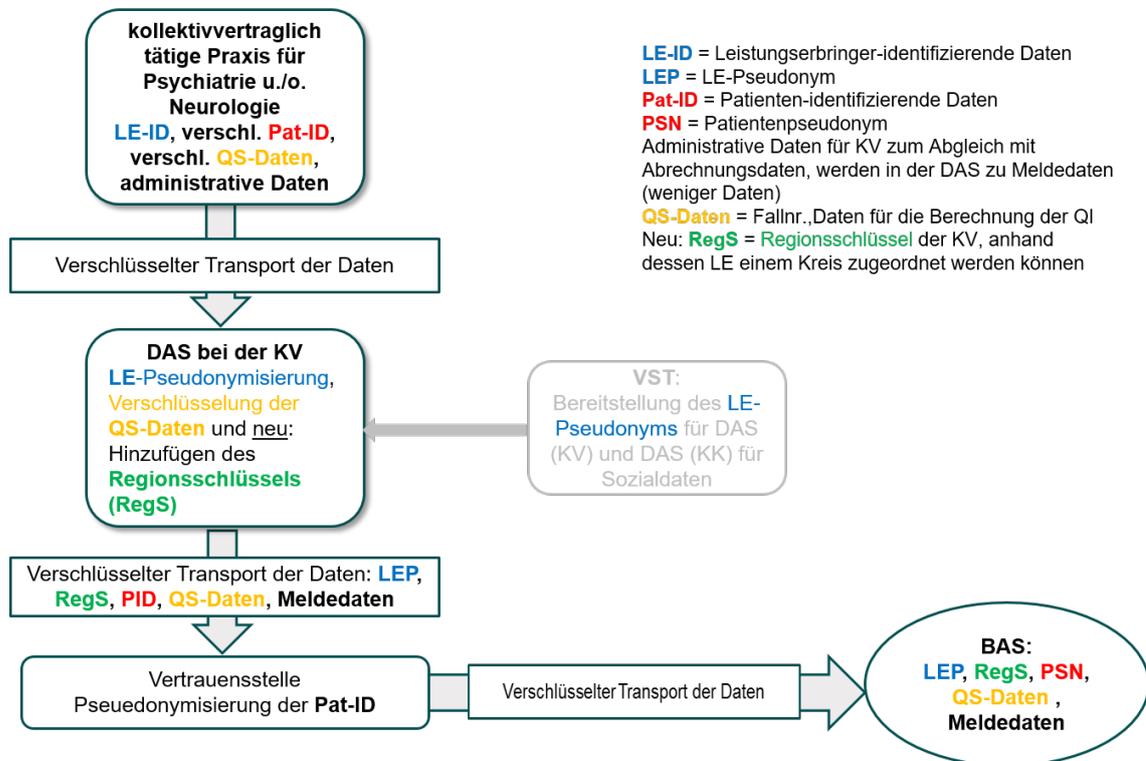


Abbildung 2: Serielles Datenflussmodell für die QS-Daten aus der kollektivvertraglichen Versorgung

Im Hinblick auf die Einbeziehung von Systemqualitätsinformationen in das QS-Verfahren bleibt auch der Datenfluss aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen unverändert. Da es im QS-Verfahren *Schizophrenie* zu allen Sozialdatenfällen auch eine fallbezogene QS-Dokumentation geben wird, können nach Datenzusammenführung mittels patientenidentifizierender Daten die Leistungserbringer-Regionsschlüssel der DAS-KV für den sozialdatenbasierten Systemindikator genutzt werden (Variante 1). Dies wäre ein zusätzlicher Grund dafür, die Grundgesamtheit des Indikators „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“ nicht über die Grundgesamtheit der fallbezogenen QS-Dokumentation zu erweitern. Alternativ müssten die Regionsschlüssel aller potenziellen vertragsärztlichen Leistungserbringer (Betriebsstättennummer, BSNR) des QS-Verfahrens an die DAS-KK weitergeleitet werden, die das entsprechende administrative Datenfeld im Sozialdatensatz entsprechend befüllt (Variante 2).

## 6.4 Berichtskonzept

Ziel eines Berichts über die Indikatoren mit einem regionalen Bezug ist die Interpretation der Ergebnisse vor dem Hintergrund der regional unterschiedlichen Gegebenheiten und der verschiedenen Kooperationsmöglichkeiten vor Ort. Wenn die Ergebnisse im Sinne eines Benchmarking wirken, dann sollte das zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität auf regionaler Ebene führen. Primäre Adressaten der Berichterstattung sind die LAG und ihre Fachkommissionen auf

Landesebene sowie der G-BA und die Leistungserbringer. Darüber hinaus können die Ergebnisse über die Veröffentlichung durch den G-BA weitere an der Versorgung Beteiligte adressieren.

#### **6.4.1 Berichterstattung zur Systemqualität an den G-BA**

Die Ergebnisse des Systemindikators zur ambulanten Psychotherapie und aller System-Transparenzkennzahlen sind Teil der Darstellung der Bundesergebnisse des QS-Verfahrens. Die Bundes- und Landesergebnisse sollen nur in Tabellenform, die Landkreisergebnisse auch in einer eigenen Geodarstellung abgebildet werden. Die Einschätzungen und Kommentierungen der Landesfachkommissionen werden im Original im Qualitätssicherungsergebnisbericht nach § 19 DeQS-RL an das IQTIG weitergereicht. Das IQTIG integriert diese in den Bundesqualitätsbericht nach § 20 DeQS-RL, der ein eigenes Kapitel zu den Indikatoren und Transparenzkennzahlen der Systemqualität erhält. Für eine ggf. elektronische Veröffentlichung des G-BA kann eine interaktive Geodarstellung auf Landes- und Landkreisebene entwickelt werden. Für die Veröffentlichung werden aus Datenschutzüberlegungen heraus das Ergebnis eines Landkreises mit weniger als vier vertragsärztlichen Leistungserbringern oder weniger als vier Patientinnen und Patienten im Indikator-/Kennzahlzähler mit dem Ergebnis des Nachbarlandkreises mit der nächstgeringeren Anzahl an Leistungserbringern bzw. Patientinnen und Patienten zusammengelegt.

#### **6.4.2 Systemqualitätsinhalte der Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer**

Im jährlichen Rückmeldebericht nach § 18 DeQS-RL erhalten die ambulanten Leistungserbringer (nur aus dem ambulanten Bereich gibt es Informationen zur Systemqualität im QS-Verfahren *Schizophrenie*) Ergebnisse der Systemqualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen bezogen auf ihr jeweiliges Patientenlientel. Alle Systemqualitätsergebnisse des Leistungserbringers werden im Vergleich zum Versorgungsdurchschnitt in seinem Landkreis, im Land und im Bund dargestellt.

## 7 Überblick über die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Eine Übersicht über die nach der vorliegenden Aktualisierung in das QS-Verfahren „Schizophrenie“ eingeschlossenen Qualitätsaspekte und Qualitätsindikatoren sowie ihrer Kennzahlen auf Leistungserbringer- und Systemebene gibt Tabelle 4.

Tabelle 4: Übersicht der QIs mit den jeweiligen Kennzahlen

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator	Kennzahlen auf Leistungserbringerebene	Kennzahlen auf Systemebene
Entlassungsmanagement	Terminvereinbarung vor Entlassung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anteil der Patientinnen und Patienten mit Nachsorgetermin bei ambulantem Leistungserbringer (Vertragsärztin/Vertragsarzt, PIA, Hausärztin/Hausarzt, anderer niedergelassener Facharzt/Fachärztin) innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung aus der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung an der Indikatorgrundgesamtheit</li> <li>2. Anteil der Patientinnen und Patienten mit Nachsorgetermin bei ambulantem Leistungserbringer (Vertragsärztin/Vertragsarzt, PIA, Hausärztin/Hausarzt, anderer niedergelassener Facharzt/Fachärztin) innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus der voll- oder teilstationären bzw. stations-äquivalenten Behandlung an der Indikatorgrundgesamtheit</li> <li>3. Anteil der Patientinnen und Patienten mit Nachsorgetermin bei ambulantem Leistungserbringer (Vertragsärztin/Vertragsarzt, PIA, Hausärztin/Hausarzt, anderer niedergelassener Facharzt/Fachärztin) nach mehr als 14 Tagen nach Entlassung aus der voll- oder</li> </ol>	-

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator	Kennzahlen auf Leistungserbringerebene	Kennzahlen auf Systemebene
		teilstationären bzw. stations-äquivalenten Behandlung an der Indikatorgrundgesamtheit	
Psychoedukation	Manualbasierte Psychoedukation – stationär	-	-
	Manualbasierte Psychoedukation – ambulant	-	-
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie	Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – stationär	-	-
	Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – ambulant	-	-
	Vermeiden antipsychotischer Kombinationstherapie	1. Anzahl der Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit, die in mehr als zwei aufeinander folgenden Quartalen drei Antipsychotika erhalten haben	-

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator	Kennzahlen auf Leistungserbringerebene	Kennzahlen auf Systemebene
		2. Anzahl der Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit, die in mehr als zwei aufeinander folgenden Quartalen vier und mehr Antipsychotika erhalten haben	
Psychotherapie (stationär/PIA)	Psychotherapie – stationär/PIA	Anteil der Patientinnen und Patienten mit Kognitiver Verhaltenstherapie an der Grundgesamtheit	-
Suizidalität – Umgang und Prävention	Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten	-	-
Komorbidität Sucht	Substanzmissbrauch und Abhängigkeitsyndrom	-	-
Somatische Versorgung	Jährliche somatische Kontrolluntersuchung	-	-
Restriktive Maßnahmen	Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen	-	-
	Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen	-	-

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator	Kennzahlen auf Leistungserbringerebene	Kennzahlen auf Systemebene
Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen	Ambulante psychiatrische Pflege (APP)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die APP nur außerhalb der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie realisiert werden kann</li> <li>2. Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine APP nicht über die Regelversorgung bereitgestellt werden kann</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine APP gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie bereitgestellt werden kann</li> <li>2. Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die APP nur außerhalb der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie realisiert werden kann</li> <li>3. Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine APP nicht über die Regelversorgung bereitgestellt werden kann</li> </ol>
	Soziotherapie	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anteil der Patientinnen und Patienten an der Indikatorgrundgesamtheit, für die Soziotherapie nur außerhalb der Soziotherapie-Richtlinie realisiert wurde</li> <li>2. Anteil der Patientinnen und Patienten an der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine Soziotherapie nicht über die Regelversorgung bereitgestellt werden kann</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine Soziotherapie gemäß der Soziotherapie-Richtlinie bereitgestellt werden kann</li> <li>2. Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die soziotherapeutische Maßnahmen nur außerhalb der Soziotherapie-Richtlinie realisiert werden können</li> <li>3. Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine soziotherapeutische Leistung nicht über die Regelversorgung (6 = Andere Möglichkeit der Versorgung) bereitgestellt werden kann</li> </ol>

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator	Kennzahlen auf Leistungserbringerebene	Kennzahlen auf Systemebene
	Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)	Anteil der Patientinnen und Patienten mit Kognitiver Verhaltenstherapie an den Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit mit ambulanter Psychotherapie nach der Psychotherapie-Richtlinie	1. Anteil der Patientinnen und Patienten mit Kognitiver Verhaltenstherapie an allen Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit mit ambulanter Psychotherapie nach der Psychotherapie-Richtlinie
	Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)	-	-
Teilhabe	Erlebte Teilhabe an Erwerbstätigkeit (fallbezogen)	-	-
	Status der Erwerbstätigkeit (Teilhabebedimension Arbeit und Beruf) (fallbezogen)	-	-
	Erlebte Teilhabe in der Teilhabebedimension Wohnen (fallbezogen)	-	-
	Status der Wohnsituation (fallbezogen)	-	-

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator	Kennzahlen auf Leistungserbringerebene	Kennzahlen auf Systemebene
Symptomlast und Psychosoziales Funktionsniveau	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/ teilstationär	-	-
	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant	-	-
	Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator)	-	-
	Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)	-	-

## 8 Fazit

Mit dem vorliegenden Bericht wurde eine Anpassung des QS-Verfahrens an die aktualisierten S3-Leitlinien „Schizophrenie“, „Psychosoziale Therapien bei schweren psychiatrischen Erkrankungen“ und „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ vorgenommen. Hieraus ergab sich die Einführung eines neuen Qualitätsindikators zur ambulanten psychiatrischen Pflege. Die anderen Indikatoren wurden entsprechend den aktuellen Leitlinienempfehlungen inhaltlich fortentwickelt und in ihrer Operationalisierung optimiert. Darüber hinaus wurde auftragsgemäß ein Auswertungs- und Berichtskonzept zur Einbindung von Systemindikatoren und System-Transparenzkennzahlen vorgelegt, das eine Betrachtung bestimmter Qualitätsmerkmale auf Kreis-, Landes- und Bundesebene ermöglicht. Hiermit konnte eine weitere, wichtige Verbesserung in der Ausgestaltung eines zukünftigen QS-Verfahrens *Schizophrenie* realisiert werden.

Die Entwicklung von Indikatoren zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung ist derzeit den Limitationen unterworfen, die sich insbesondere dadurch ergeben, dass Krankheitsphasen sowie Erst- bzw. Langzeiterkrankte nicht valide identifiziert werden können. Sobald dies vor allem auf Basis des in den nächsten Jahren erwarteten ICD-11 möglich ist, sollte geprüft werden, ob Indikatoren wie bspw. ein Indikator zur antipsychotischen Erhaltungstherapie dahingehend konkretisiert oder nachentwickelt werden können. In besonderer Weise könnte dies auch auf die vorgelegten Outcome-Indikatoren zutreffen, die dann ggf. an die Behandlungsziele der unterschiedlichen Krankheitsphasen gekoppelt werden könnten.

Indikatoren, die bei der Einführung noch durch eine fallbezogene Dokumentation berechnet werden, können im weiteren Verlauf durch Sozialdaten bei den Krankenkassen ersetzt werden, wenn entsprechende Informationen zu Indikationen (z. B. Soziotherapie, APP) vorliegen oder zum Ist-Zustand, um Referenzwerte enger definieren zu können.

Indikatoren, die bei der Einführung des Verfahrens noch auf Daten durch eine fallbezogene Dokumentation basieren, könnten ggf. zu einem späteren Zeitpunkt durch Einführung von spezifischeren Diagnosen (durch mit zu kodierenden Erkrankungsphasen) oder neue GOP (beispielsweise für Psychoedukation oder andere therapeutischen Maßnahmen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung) über Sozialdaten bei den Krankenkassen abgebildet werden.

Im Zuge der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, der rechtlichen Rahmenbedingungen sowie damit einhergehenden konkreteren Definitionen und Ausgestaltungen der ambulanten Angebote sollte die Weiterentwicklung von Indikatoren zur teambasierten, multiprofessionellen und aufsuchenden Versorgung geprüft werden.

Für die derzeit entwickelten Indikatoren werden weitere Optimierungen aus der bereits beauftragten Machbarkeitsprüfung erwartet, in deren Ergebnis die Indikatoren dann abschließend hinsichtlich ihres Einsatzes für die gesetzliche Qualitätssicherung bewertet werden können.

## Literatur

- AGREE Next Steps Consortium (2014): Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II. Instrument. Deutsche Version. AGREE Research Trust. URL: [http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE\\_II\\_German-Version.pdf](http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf) (abgerufen am: 18.01.2017).
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Abschlussbericht. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: [https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua\\_de/Projekte/452\\_Schizophrenie/Schizophrenie\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf) (abgerufen am: 22.07.2019).
- BAG GPV [Bundarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände] (2012): Qualitätsstandards für Gemeindepsychiatrische Verbände in der BAG GPV (siehe §2 Abs. 3 der Satzung) Bonn: BAG GPV. URL: [https://www.bag-gpv.de/fileadmin/downloads/Qualitaetsstandards\\_BAG\\_GPV\\_ueberarb.22.03.19.pdf](https://www.bag-gpv.de/fileadmin/downloads/Qualitaetsstandards_BAG_GPV_ueberarb.22.03.19.pdf) (abgerufen am: 25.07.2019).
- Bäumel, J; Pitschel-Walz, G (2008): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage. Stuttgart [u. a.]: Schattauer. ISBN: 978-3-7945-2481-5.
- BT-Drs. 7/4200 vom 25.11.1975. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. URL: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/07/042/0704200.pdf> (abgerufen am: 18.06.2019).
- Bühring, P (2019): Ambulante Soziotherapie II: „Viele haben aufgegeben“. *Deutsches Ärzteblatt* 116(20): A1006.
- Carius, S (2019): Ambulante Soziotherapie I: Eine Brücke in die Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt* 116(20): 1002-1004.
- Deister, A (2019): Die Region als Kooperationsrahmen in der psychiatrischen Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 62(2): 150-155. DOI: 10.1007/s00103-018-2864-2.
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Hrsg. (2013): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [Langfassung]. Berlin: Springer. DOI: 10.1007/978-3-642-30270-1.

- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2018): AWMF-Registernummer 038-022. S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (Langversion – Fassung vom 10.09.2018). [Stand:] 28.11.2018: Langfassung nach redaktionellen Änderungen ausgetauscht. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-022l\\_S3\\_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens\\_2018-11.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022l_S3_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-11.pdf) (abgerufen am: 20.05.2019).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2019a): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie. Langfassung. Stand: 15.03.2019. Berlin: DGPPN [u. a.]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-009l\\_S3\\_Schizophrenie\\_2019-03.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009l_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf) (abgerufen am: 20.05.2019).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Hrsg. (2019b): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psycho-soziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [*Langfassung*]. 2. Auflage, 1. Update 2018. Stand: 02.10.2018. Berlin: Springer [u. a.]. DOI: 10.1007/978-3-662-58284-8.
- Dilling, H; Mombour, W; Schmidt, MH; Hrsg. (2015): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Auflage, unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015. Bern: Hogrefe. ISBN: 978-3-456-85560-8.
- DIMDI [Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information] ([kein Datum]): Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2018. Köln: DIMDI. URL: <https://www.dimdi.de/dynamic/.downloads/klassifikationen/icd-10-gm/vorschlaege/vorschlaege2018/051-icd2018-endstaendigerfchluesel.pdf> (abgerufen am: 30.07.2019).
- DVGP [Dachverband Gemeindepsychiatrie] (2019): Gemeindepsychiatrische Basisversorgung schwerer psychischer Erkrankungen – Versorgung wie aus einer Hand. Konzeption für ein Projekt des Innovationsfonds. Stand: Februar 2019. Köln: DVGP. URL: [https://www.dvgp.org/fileadmin/user\\_files/dachverband/dateien/Materialien/GBV\\_Konzept.pdf](https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Materialien/GBV_Konzept.pdf) (abgerufen am: 27.06.2019).
- EIU [Economist Intelligence Unit] (2014): Mental Health and Integration. Provision for Supporting People with Mental Illness: A Comparison of 30 European Countries. A report from the Economist Intelligence Unit. [Stand:] 07.10.2014. London, GB [u. a.]: EIU. URL: [https://perspectives.eiu.com/sites/default/files/mentalhealthandintegration\\_1.pdf](https://perspectives.eiu.com/sites/default/files/mentalhealthandintegration_1.pdf) (abgerufen am: 25.06.2019).
- Elgeti, H (2019): Psychiatriereform braucht gute Planung – Bund, Länder und Kommunen tragen dafür Verantwortung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 62(2): 222-229. DOI: 10.1007/s00103-018-2872-2.

- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement. 20.09.2018. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3484/2018-09-20\\_IQTIG-Beauftragung\\_Entwicklung-Entlassmanagement.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3484/2018-09-20_IQTIG-Beauftragung_Entwicklung-Entlassmanagement.pdf) (abgerufen am: 30.07.2019).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2019): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Prüfung und Aktualisierung der Indikatoren und Durchführung einer Machbarkeitsprüfung für das Qualitätssicherungsverfahren Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. 17.01.2019. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3665/2019-01-17\\_IQTIG-Beauftragung\\_QS-Verfahren-Schizophrenie.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3665/2019-01-17_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-Schizophrenie.pdf) (abgerufen am: 26.07.2019).
- Greve, N (2019): Gemeindepsychiatrische Basisversorgung – ein dickes Brett. *Soziale Psychiatrie* 1/2019: 4-6. URL: [https://www.dvgp.org/fileadmin/user\\_files/Gemeinsame\\_Dateien/Gemeindepsychiatrische\\_Basisversorgung.pdf](https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/Gemeinsame_Dateien/Gemeindepsychiatrische_Basisversorgung.pdf) (abgerufen am: 22.07.2019).
- Gühne, U; Weinmann, S; Riedel-Heller, S; Becker, T (2019): AWMF-Registernummer 038-020. Kurzfassung der S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2. Auflage: Version 1. Stand: 27.03.2019. Berlin: DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] [u. a.]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-020k\\_S3\\_Psychosoziale\\_Therapien\\_bei\\_schweren\\_psychischen\\_Erkrankungen\\_2019-04\\_01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020k_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-04_01.pdf) (abgerufen am: 20.05.2019).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017a): Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Abschlussbericht. Stand: 22.12.2017. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG\\_QS-Verfahren-Schizophrenie\\_Abschlussbericht\\_2017-12-22.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_QS-Verfahren-Schizophrenie_Abschlussbericht_2017-12-22.pdf) (abgerufen am: 16.07.2019).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017b): Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Anhang zum Abschlussbericht. Stand: 22.12.2017. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG\\_QS-Verfahren-Schizophrenie\\_Anhang-zum-Abschlussbericht\\_2017-12-22.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_QS-Verfahren-Schizophrenie_Anhang-zum-Abschlussbericht_2017-12-22.pdf) (abgerufen am: 16.07.2019).

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017c):  
Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Würdigung der Stellungnahmen. Stand: 22.12.2017. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG\\_QS-Verfahren-Schizophrenie\\_Wuerdigung-der-Stellungnahmen\\_2017-12-22.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_QS-Verfahren-Schizophrenie_Wuerdigung-der-Stellungnahmen_2017-12-22.pdf) (abgerufen am: 16.07.2019).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017d):  
Methodische Grundlagen V1.0. Stand: 15.09.2017. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf) (abgerufen am: 22.07.2019).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018a):  
Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Nachbericht zur Entwicklung von Indikatoren zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“. Stand: 31.05.2018. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG\\_QS-Verfahren-Schizophrenie\\_Nachbericht-Teilhabe\\_2018-05-31.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_QS-Verfahren-Schizophrenie_Nachbericht-Teilhabe_2018-05-31.pdf) (abgerufen am: 16.07.2019).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018b):  
Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) (abgerufen am: 29.04.2019).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018c):  
Umsetzung des Konzepts zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen [*Anlage zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe zur Veröffentlichung des Berichts des Instituts nach § 137a SGB V über die Umsetzung des Konzepts zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen Vom 21. Juni 2018*]. Stand: 22.03.2018. Berlin: IQTIG. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf) (abgerufen am: 19.06.2019).
- Jacobi, F; Kunas, SL; Annighöfer, MLD; Sammer, S; Götz, T; Gerlinger, G (2019): Versorgungs- und Hilfesysteme für Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Hilfebedarf in Deutschland. In: Haring, R: *Gesundheitswissenschaften*. (SRPTG – Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit). Berlin [u. a.]: Springer Link. DOI: 10.1007/978-3-662-54179-1.
- Karow, A; Bock, T; Daubmann, A; Meigel-Schleiff, C; Lange, B; Lange, M; et al. (2014): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 2. Ergebnisse des 2- und 4-Jahres-Langzeitverlaufs. *Psychiatrische Praxis* 41(5): 266-273. DOI: 10.1055/s-0033-1349496.

- KV RLP [Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz] (2012): Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz 2012. Bevölkerung, Ärzteschaft, Versorgungsstrukturen. Stand: April 2012. Mainz: KV RLP. URL: [https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Institution/Engagement/Versorgungsforschung/KVRLP\\_Versorgungsatlas\\_2012.pdf](https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Institution/Engagement/Versorgungsforschung/KVRLP_Versorgungsatlas_2012.pdf) (abgerufen am: 30.07.2019).
- KVNO [Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein] (2018): Erfolgsprogramm zur Versorgung psychisch und neurologisch erkrankter Patienten [Extra-Ausgabe]. KVNO aktuell November 2018. URL: [https://www.kvno.de/downloads/vertraege/nppv/kvno\\_extra\\_nppv.pdf](https://www.kvno.de/downloads/vertraege/nppv/kvno_extra_nppv.pdf) (abgerufen am: 30.07.2019).
- Melchinger, H (2008): Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung [Gutachten]. Stand: März 2008. Hannover: MHH [Medizinische Hochschule Hannover]. URL: [https://www.bvdn-sachsen.de/wp-content/uploads/2018/09/strukturfragen\\_melchingerstudie\\_04\\_04\\_08.pdf](https://www.bvdn-sachsen.de/wp-content/uploads/2018/09/strukturfragen_melchingerstudie_04_04_08.pdf) (abgerufen am: 22.07.2019).
- Moock, J; Koch, C; Kawohl, W (2012): Integrierte Versorgungskonzepte für psychisch erkrankte Menschen. *G+G Wissenschaft* 12(3): 24-34. URL: [https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publicationen/Produkte/GGW/wido\\_ggwaufs3\\_0712.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publicationen/Produkte/GGW/wido_ggwaufs3_0712.pdf) (abgerufen am: 22.07.2019).
- Psychiatrienetz ([kein Datum]): Sozialpsychiatrische Dienste. Letzte Aktualisierung: 05.04.2017. Köln: Psychiatrienetz. URL: <https://www.psychiatrie.de/kommunale-psychiatrie/sozialpsychiatrische-dienste.html> (abgerufen am: 25.07.2019).
- Schmid, P; Steinert, T; Borbé, R (2013): Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 40(8): 414-424. DOI: 10.1055/s-0033-1343192.
- SVR Gesundheit [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. Bonn: SVR Gesundheit. URL: [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten\\_2018\\_WEBSEITE.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf) (abgerufen am: 18.06.2019).
- Zielasek, J; Gaebel, W (2018): Schizophrenie und andere primäre psychotische Störungen in ICD-11. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 34(3): 178-183. DOI: 10.1055/s-0044-101832.